

CÂNCER DE MAMA E REAÇÕES EMOCIONAIS: REVISÃO SISTEMÁTICACláudia Arab^aClara Knierim Correia^bBruna Belusse Demonico^cGuilherme Torres Vilarino^aAlexandro Andrade^d**Resumo**

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum e incidente mundialmente entre as mulheres. Da suspeita do câncer de mama ao pós-tratamento ocorrem efeitos deletérios à saúde física e psicológica, com influência na qualidade de vida das pacientes. O objetivo desde estudo foi investigar o comportamento de variáveis psicológicas e qualidade de vida de brasileiras no diagnóstico, tratamento e sobrevivência do câncer de mama. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática de literatura pelas bases de dados *Medical Literature Analysis*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e *Scientific Electronic Library Online*, pelo termo “câncer de mama” associado a termos emocionais e cognitivos e qualidade de vida. Foram selecionados 36 artigos. Os resultados apontam que, em todas as etapas do câncer de mama, brasileiras apresentam reações emocionais de surpresa, medo, indignação, distúrbios com imagem corporal e ansiedade, que podem estar associadas à relação médico-paciente. Além disso, constatou-se que o enfrentamento da doença ocorre com auxílio da família e da religião. Concluiu-se que as mulheres brasileiras diagnosticadas, em tratamento ou sobreviventes do câncer de mama sofrem diversos impactos emocionais, psicológicos e físicos, que resultam na redução da qualidade de vida dessas pacientes.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Adaptação psicológica. Emoções. Qualidade de vida.

^a Bacharéis em Educação Física. Mestres em Ciências do Movimento Humano. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^b Bacharela em Educação Física. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^c Graduada em Psicologia. Bauru, São Paulo, SP, Brasil.

^d Graduado em Educação Física. Doutor. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano. Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Pascoal Simone, número 358, Coqueiros, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. CEP: 88080-350. E-mail: ac.arabclaudia@gmail.com

Abstract

Breast cancer is the most common type of cancer in women worldwide. There are lots of adverse effects that occur since the suspicion of breast cancer until post-treatment that affect the mental and physical health with influences to the quality of life of the patients. The objective of this study was to investigate the impact of breast cancer on psychological aspects and quality of life of Brazilian women. The search for articles was performed in the databases *Medical Literature Analysis*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e *Scientific Electronic Library Online*, using the term “breast cancer” associated to emotional and cognitive terms and quality of life. 36 articles were selected. The results show, in all stages of the disease, women with breast cancer presented emotional reactions such as surprise, fear, indignation, disorders on body image and anxiety, that can be associated to the relation doctor-patient. Besides that, family and religion help facing the disease. In conclusion diagnosed Brazilian women, under treatment or recovered from breast cancer suffer from different emotional, psychological and physical impacts which result the reduction of the quality of life of these patients.

Keywords: Breast neoplasms. Adaptation. Psychological. Emotions. Quality of life.

CÁNCER DE MAMA REACCIONES EMOCIONALES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Resumen

Cáncer de mama es el cáncer más común e incidente entre las mujeres. Desde la sospecha de cáncer de mama hasta el post-tratamiento, existen efectos nocivos para la salud física y psicológica con influencia en la calidad de vida de las pacientes. Se ha realizado una revisión sistemática para investigar los aspectos psicológicos y la calidad de vida de brasileñas diagnosticadas, en tratamiento o sobrevivientes del cáncer de mama, por las bases de datos *Medical Literature Analysis*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e *Scientific Electronic Library Online*. Fue utilizado el termino ‘cáncer de mama’ asociado a los términos emocionales y cognitivos y calidad de vida. Fueron seleccionados 36 artículos. Los resultados puntaron que en todas las etapas del cáncer de mama, las brasileñas manifestaron reacciones emocionales de sorpresa, miedo, indignación, disturbio de la imagen corporal y ansiedad, que pueden estar asociados

con la relación medico-paciente. Además, se constató que el enfrentamiento a la enfermedad se ocurre con la ayuda de la familia y de la religión. Se concluyó que las mujeres brasileñas diagnosticadas, en tratamiento o sobrevivientes del cáncer de mama sufren diversos impactos emocionales, psicológicos y físicos, que resultan en la reducción de la calidad de vida de esas pacientes.

Palabras clave: Neoplasias de la mama. Adaptación psicológica. Emociones. Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de mama é o tipo de neoplasia mais comum e incidente em mulheres e representa mundialmente a maior causa de morte por CA nessa população¹. Para o ano de 2016, são esperados 57.960 novos casos de CA de mama no Brasil, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres¹. Especificamente no estado da Bahia, são estimadas 7,92 mortes a cada 100 mil mulheres².

Antes de receber a confirmação de um possível CA de mama, o período do diagnóstico pode ser traumático para as pacientes, principalmente quando é prolongado ou termina com a confirmação de uma doença ameaçadora da vida³, podendo causar, por exemplo, níveis elevados de ansiedade⁴. Após a confirmação do CA, a paciente sofre um efeito devastador em sua vida, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas decorrentes perdas nos meios emocional, social e material⁵.

As consequências deletérias da doença e do tratamento de CA podem estar associadas à depressão psicológica⁶, fadiga⁷⁻⁸, distúrbios no sono⁹⁻¹¹ e dificuldades cognitivas, como baixa capacidade de concentração¹⁰. Um estudo realizado na Finlândia¹², com 537 mulheres com CA de mama pós-tratamento, revelou que 25,7% eram depressivas, 20,4% fatigadas e 14% depressivas e fatigadas. Para essas pacientes, a qualidade de vida foi comprometida nos domínios funcionais e saúde global, 71% das fatigadas apresentavam problemas para dormir e 37,6% sofriam de insônia moderada ou severa; respectivos valores para não fatigadas de 49,4 e 14,3%, depressivas 75,9% e 40,2% e não depressivas de 46,6% e 11,7%¹².

O CA de mama é uma doença presente em diversos países. Cerca de 1,7 milhão de novos casos foram diagnosticados na população feminina no ano de 2012¹, contudo este estudo concentra-se na realidade do Brasil em função da urgência desse conhecimento e da baixa produção científica que descreva o impacto do CA de mama sobre a saúde mental de mulheres brasileiras. A análise em 15 dos principais periódicos nacionais da psicologia revelou

a publicação de 17 artigos específicos sobre CA de mama, a maioria referente a métodos de diagnóstico, dados de mortalidade e prevenção.

Assim, por ser objetos de estudos que integram profissionais da saúde quanto aos problemas de saúde mental, psicológicos e emocionais nas pacientes com CA de mama, esta revisão sistemática tem o objetivo de investigar o comportamento de variáveis psicológicas e qualidade de vida de brasileiras no diagnóstico, tratamento e sobrevivência do CA de mama.

MATERIAL E MÉTODOS

A revisão sistemática de literatura realizada seguiu, como protocolo, a Declaração *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)¹³, que consiste em um *checklist* com 27 itens, cujo objetivo é ajudar os pesquisadores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises.

A busca ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2013, com filtro para a produção científica da última década (2003-2013). Optou-se por essa delimitação temporal, a fim de verificar os estudos mais recentes publicados na literatura. A busca foi realizada pelo portal da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), selecionou-se as bases de dados eletrônicas *Medical Literature Analysis* (MedLine), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (Ibecs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Utilizou-se o filtro “país como assunto”, Brasil. Na seleção de estudos foram incluídas pesquisas de campo, quantitativas ou qualitativas, realizadas com mulheres brasileiras com CA de mama e sobre variáveis psicológicas e qualidade de vida associadas ao CA de mama, sendo aceitos artigos nos idiomas português e inglês. Foram excluídas teses, dissertações, artigos de revisão sistemática, validação de instrumentos e estudos sem abordagem exclusiva sobre CA de mama, variáveis psicológicas e qualidade de vida das portadoras.

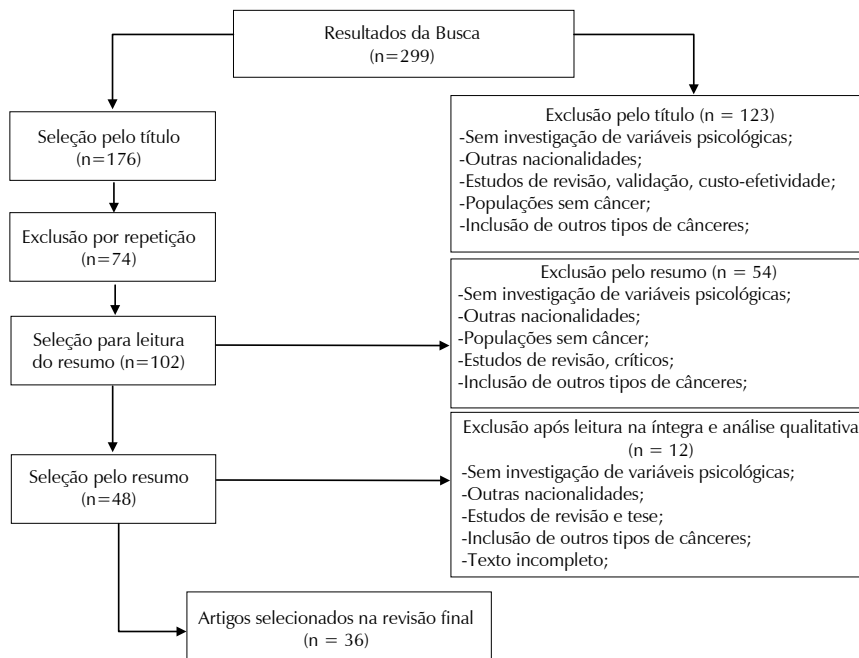
Na elaboração da estratégia de busca, foram combinados os descritores propostos pelo *Descritor em Ciência da Saúde* (DeCS) associados aos termos correlatos, nos campos do título e do resumo. Assim, a formulação da pesquisa foi composta com a combinação das seguintes palavras-chave: (“câncer de mama”) AND (“psicológico” OR “ansiedade” OR “fadiga” OR “burnout” OR “raiva” OR “humor” OR “dor” OR “estresse” OR “autoimagem” OR “depressão” OR “sono” OR “bem-estar” OR “agressividade” OR “motivação” OR “fé” OR “religiosidade” OR “espiritualidade” OR “resiliência” OR “coping” OR “qualidade de vida”).

Foram identificados 299 artigos e, por meio da leitura dos títulos, 176 artigos foram selecionados, dos quais 74 eram duplicados. Assim, 102 artigos foram selecionados para leitura do resumo, restando 48 para a leitura na íntegra e análise qualitativa. Desse modo,

12 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios e um foi retirado por estar indisponível, sendo, finalmente, selecionados 36 artigos (**Esquema 1**).

Esquema 1 – Processo de seleção dos artigos relacionados às variáveis psicológicas de mulheres brasileiras com câncer de mama pela Biblioteca Regional de Medicina (Bireme)

BIREME "câncer de mama" E			
"psicológico" (31)	"fadiga" (10)	"religiosidade" (4)	"motivação" (7)
"ansiedade" (12)	"dor" (32)	"fé" (7)	"agressividade" (10)
"depressão" (15)	"humor" (2)	"espiritualidade" (0)	"burnout" (0)
"qualidade de vida" (74)	"sono" (5)	"bem-estar" (19)	"raiva" (0)
"estresse" (14)	"autoimagem" (7)	"coping" (30)	"resiliência" (19)



Fonte: Elaboração própria.

Após a identificação dos estudos, ocorreu a análise descritiva dos trabalhos, buscando compreender as principais variáveis psicológicas associadas ao CA de mama em mulheres. Realizou-se a análise dos resultados que foram sistematizados e organizados de modo a auxiliar no maior esclarecimento das questões de estudo, isto é, compreender as implicações dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento por CA e tratamento da

população feminina. Os dados foram apresentados em forma de quadro, citando autores, variável estudada, instrumento e principais resultados.

RESULTADOS

Por meio dos critérios de investigação e dos procedimentos de seleção descritos no método, foram encontrados 299 estudos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 36 estudos que abordaram os aspectos psicológicos e a qualidade de vida em mulheres com CA de mama foram selecionados. Dos estudos incluídos, 72,2% (26) são de cunho quantitativo, 27,7% (10) qualitativo, 86,1% (31) de corte transversal e 13,8% (5) longitudinal, a maioria do tipo observacional e descritivo.

As amostras dos estudos selecionados foram compostas por mulheres de idades em torno dos 50 anos, predominantemente casadas, com nível fundamental completo e ocupação variável – trabalhando, aposentadas, afastadas ou donas de casa. A etnia das participantes era predominantemente branca¹⁴⁻²¹, de baixa classe socioeconômica, com renda de até um salário mínimo^{16-17,29} ou pertencentes à classe social B^{18,25}, C, D e E¹⁹.

Quanto aos dados clínicos, 6 dos 19 estudos que especificaram o estágio do CA em que as pacientes foram diagnosticadas incluíram pacientes em estágios avançados, com metástase^{15,20,25-28}. O tipo mais comum de intervenção cirúrgica à qual as pacientes foram submetidas foi de mastectomia, com ou sem reconstrução mamária, ou quadrânticas, com ou sem linfodectomia. Em oito estudos, as pacientes encontravam-se em tratamento quimioterápico¹⁶ ou hormonioterápico – tamoxifeno²⁹⁻³⁰. Tem-se, também, registros de pesquisadores^{26-27,30,32-33} que investigaram mulheres que estavam em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia e/ou com hormônios.

Dos estudos selecionados, 18 ocorreram durante a fase pós tratamento de quimioterapia³⁴, radioterapia^{14,35}, quimioterapia e/ou radioterapia^{15,21,23,25,36-41} e quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonal^{2,40}; alguns^{17,41-42} não especificaram o tipo do tratamento. Encontrou-se sete estudos^{14-15,18,21-22,26,43} em que as amostras foram compostas por mulheres que estavam em e após tratamento e três⁴⁴⁻⁴⁶ que não especificaram a fase em que as participantes estavam.

Os temas investigados pelos estudos qualitativos foram: vivência⁴², estratégias de enfrentamento^{41,46}, impacto psicológico²¹, estressores percebidos³⁷, reações emocionais^{44,46}, repercussões psicológicas^{2,31,39} e percepção corporal⁴⁵. Nos estudos de análise quantitativa, a variável predominante foi qualidade de vida, mas também foram investigados ansiedade, depressão, fadiga, dor, estresse e qualidade do sono (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Variáveis psicológicas, instrumento e principais resultados dos estudos quanto ao impacto emocional do câncer de mama em mulheres brasileiras, nas bases *Medical Literature Analysis*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e *Scientific Electronic Library Online*.

(continua)

Estudos	Variável	Instrumento	Principais resultados
<p>Bezerra KB, Silva DSM, Costa MBC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, et al.¹⁴</p> <p>Soares PBM, Carneiro JA, Rocha LA, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF, et al¹⁵</p> <p>Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL¹⁶,</p> <p>Verde SMML, São Pedro BMO, Mourão Netto M, Damasceno NRT¹⁸,</p> <p>Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC¹⁹,</p> <p>Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ²⁰⁻²¹,</p> <p>Paim CR, Lima EDRP, Fu MR, Lima AP, Cassali GD²²,</p> <p>Amado F, Lourenço MTC, Deheinzelin D²⁶,</p> <p>Nicolussi AC, Sawada NO²⁸,</p> <p>Assis MR, Marx AG, Magna LA, Ferrigno IS³¹,</p> <p>Velloso FS, Barra AA, Dias RC³¹,</p> <p>Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP³⁴,</p> <p>Santos DE, Rett MT, Mendonça ACR, Bezerra TS, DeSantana JM, Júnior Silva WM³⁵,</p> <p>Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO³⁶,</p> <p>Simeão SFAP, Landro ICR, De Conti MHS, Gatti MAN, Delgallio WD, De Vitta A³⁷,</p> <p>Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CAM⁴²</p>	<p>Qualidade de Vida</p>	<p>QLQ-C30, FACT-G, SF-36, WHOQOL-Bref, QLQ-BR23, FACT-B, Qol-CS</p>	<p>- MELHOR QV: cirurgia com conservação ou reconstrução da mama; BLS; após 3 meses do tratamento nos domínios social e saúde mental; > nível socioeconômico e de escolaridade, relação marital estável;</p> <p>- PIOR QV: > morbidade, MSR, > dor, < força muscular; QT, RT e RT irradiada; IMC ≥ 35.</p>
<p>Castro CCP²⁴</p>	<p>Ansiedade</p>	<p>IDATE</p>	<p>Mulheres mastectomizadas: nível de ansiedade traço e estado médios</p>

Quadro 1 – Variáveis psicológicas, instrumento e principais resultados dos estudos quanto ao impacto emocional do câncer de mama em mulheres brasileiras, nas bases *Medical Literature Analysis*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e *Scientific Electronic Library Online*.

(continuação)

Estudos	Variável	Instrumento	Principais resultados
Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R ²⁵ , Amado F, Lourenço MTC, Deheinzelin D ²⁶ , Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP ³⁴ , El Rafihi-Ferreiraa R, Pires MLN, Soares MRZ ⁴⁵	Depressão	BZSDS, BDI	Depressão: comum, média a severa em cerca de 50%; > depressão associada à dor, limitação do MS e baixa autopercepção de saúde, má qualidade do sono; Do pré para o pós-tratamento: melhora da depressão.
Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AA, Carvalho DS, Maluf EMCP, Sylvestre GCS, Hatschbach SBB ¹⁷ , Araújo LD, Mota DDCE, Pimenta CAM ²⁷ , Santos DE, Rett MT, Mendonça ACR, Bezerra TS, DeSantana JM, Júnior Silva WM ³⁵	Fadiga	FACT-F, FACT-G, Piper	Frequente, diretamente relacionada aos níveis de dor, à RT e < QV.
Paim CR, Lima EDRP, Fu MR, Lima AP, Cassali GD ²² , Araújo LD, Mota DDCE, Pimenta CAM ²⁷ , Bezerra TS, Rett MT, Mendonça ACR, Santos DE, Prado VM, DeSantana JM ³⁸ , Silva BB, Mendes LCM, Costa NKB, Holanda LGM, Lima GP, Teles JBM, et al. ⁴⁰	Dor	SPADI, Escala de Intensidade de Dor, Questionário de McGill	Dor frequente e relacionada com FD, > dor após RT e < QV. MCM com síndrome da mama fantasma sentem dor e a intensidade é relacionada ao esforço físico e ao menor repouso.
Olympio PCAP, Amorim MHC, Lima EFA ³⁰ , Silva G, Santos MA ³⁹	Estresse	Lista de Sinais e Sintomas de Stress, Entrevista	Estresse: médio. Causadores do estresse: mudança corporal, culpa e medo, relações sociais e situação quanto ao trabalho.
El Rafihi-Ferreiraa R, Pires MLN, Soares MRZ ⁴⁵	Qualidade do Sono	PSQI	MCM apresentam perturbações no sono, 40% com má qualidade. A menor qualidade associa-se a menor QV e podem apresentar comportamento depressivo.

Quadro 1 – Variáveis psicológicas, instrumento e principais resultados dos estudos quanto ao impacto emocional do câncer de mama em mulheres brasileiras, nas bases *Medical Literature Analysis*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* e *Scientific Electronic Library Online*.

(conclusão)

Estudos	Variável	Instrumento	Principais resultados
Caetano J, Soares E ³³ Godoy JMP, Silva SH, Godoy MFC ⁴³ , Pereira CM, Pinto BK, Muniz RM, Cardoso DH, Wexel WP ⁴⁴	Estratégias de enfrentamento	Entrevista	Negação, rejeição, raiva, medo, aflição, depressão, até ajustamento. Apoio da família e de amigos, e na religião e fé. Após os tratamentos, procuraram caminhos alternativos para sobreviver com qualidade.
Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R ³ , Menezes N, Schulz VL, Peres RS ²³ , Caetano J, Soares E ³³ , Rossi L, Santos MA ⁴¹ , Peres RS, Santos MA ⁴⁶ , Caetano E, Gradim C, Santos L ⁴⁸	Impacto psicológico	Entrevista	O estado emocional é afetado pelo diagnóstico (surpresa, tensão, desespero e angústia, necessidade de receber aceitação e força, e intensificação à religiosidade), curso do tratamento, desfiguração causada pela doença, incerteza do prognóstico, preocupação com a família e condições de vida.
Azevedo RF, Lopes RLM ⁴⁷	Percepção corporal	Entrevista	A mutilação mamária produz sentimentos que alteram a imagem corporal, repercutindo na autoestima.

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: ">": maior, aumento; "<": menor, diminuição; CM: câncer de mama; MCM: mulheres com câncer de mama; QV: qualidade de vida; QT: quimioterapia; RT: radioterapia; Tx: tamoxifeno; BLS: biópsia de linfonodo de sentinela; FD: fadiga; MSR: mastectomia sem reconstrução mamária; MS: membro superior; ET: em tratamento; PT: pós-tratamento; QLQ-C30: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core30*; FACT-G: *Functional Assessment of Cancer Therapy – General*; SF-36: *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*; WHOQOL-Bref: *The World Health Organization Quality of Life*; QLQ-BR23: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire—Breast Cancer Module*; FACT-B: *Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast Cancer*; QoL-CS - *Quality of Life Cancer-Survivor*; IDATE: Inventário de Ansiedade Traço e Estado; BZSDS - *Brief Zung Self-Rating Depression Scale*; BDI: Escala de Depressão de Beck; FACT-F: *Functional Assessment of Cancer Therapy – Fatigue*; SPADI: Índice de Dor e Incapacidade no Ombro; PSQI: *Pittsburgh Sleep Quality Index*.

DISCUSSÃO

Por meio da análise dos resultados, a discussão foi estruturada em fase de diagnóstico, fase do tratamento e fase pós-tratamento, sendo composta por estudos com populações de outras nacionalidades. As repercussões psicológicas de mulheres com CA de mama variam de acordo com a fase de adoecimento e tratamento⁴¹. Durante todo o processo da doença, da descoberta até a cura do CA de mama, as mulheres desenvolvem mecanismos de defesa como negação, rejeição, raiva, depressão, aflição e medo, até chegarem a uma fase

de ajustamento. O maior desafio encontrado por mulheres com CA de mama é adaptar-se e continuar a desempenhar suas atividades e papéis sociais³³.

FASE DE DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de CA de mama resulta, na maioria das brasileiras, em um impacto psicológico importante, um choque emocional que desencadeia experiências de surpresa, tensão, desespero, perplexidade, insegurança, medo de morrer e de desamparar os filhos^{23,41,48}, tristeza e raiva relacionadas à doença, ao tratamento, ao futuro de si mesmas e da família; e às dificuldades advindas do serviço de saúde inadequado³. Visto como uma fatalidade, o CA de mama ocasiona, muitas vezes, uma atitude secundária de aceitação passiva, conformismo e estoicismo, o que sufoca potencialmente emoções perturbadoras de, por exemplo, indignação, rebeldia e raiva⁴⁶.

Essa fase é influenciada por uma associação automática entre CA de mama e um processo de deterioração física dolorosa⁴⁶. O modo como as pacientes ajustam-se a esse evento estressante está intimamente relacionado a como avaliam o CA⁴⁹. Mulheres com CA de mama apresentam sentimentos de desesperança, buscam conforto e demonstrações de aceitação e força pelos familiares e amigos, tentam entender o motivo de terem a doença, seus relacionamentos são redefinidos, o recurso à religiosidade é intensificado^{23,48} e o autoconceito afetado³³.

A realidade da confirmação do diagnóstico pode ser evitada e negada por meio das expectativas de cura e esperanças, fatores determinantes para autoestima e motivação de mulheres com CA de mama para engajarem-se no tratamento⁴¹. A negação pode representar uma maneira de essas pacientes conseguirem manter a rotina em casa, nas atividades profissionais e nas necessidades básicas⁴⁶. Quando o diagnóstico de CA de mama é aceito como um destino traçado por Deus, a aceitação da doença ocorre de modo mais generoso e essa atribuição evita sentimentos de medo do futuro⁴⁴. O conformismo pode levar à hesitação do tratamento indicado, como se tudo fosse pré-definido por um destino traçado para cada um, parecendo ser improvável a existência de meios eficientes para influenciar o curso da doença⁴⁶.

As reações emocionais de mulheres com CA de mama à doença podem associar-se a fatores como nível econômico. Estudo²⁹ demonstra que mulheres com nível médio ou superior de ensino, da classe B, com renda familiar maior ou igual a três salários mínimos e da área urbana, utilizam mais o enfrentamento com foco no problema. O mecanismo de apego religioso é comumente utilizado por mulheres não letradas²⁹, o que parece ser intensificado quando as orientações recebidas sobre os efeitos colaterais e prognósticos da doença e

tratamento são precárias⁴⁸. Quanto a isto, pesquisadores⁴⁶ demonstraram que um dos fatores das reações ao CA de mama pode estar relacionado com a situação de pobreza, uma vez que frequentemente o acesso à informação sobre a doença e aos recursos de tratamento são limitados.

Estudo⁴⁹ verificou que a resposta emocional negativa de mulheres irlandesas ao diagnóstico de CA de mama teve pequena proporção da variância explicada por variáveis clínicas e demográficas, enquanto o estresse demonstrou-se o mais forte e frequente preditor de ajustamento dessas pacientes (59%). O estresse também explicou a variância dos níveis de depressão dessas pacientes em 38%, ansiedade em 58% e emoções positivas em 32%. Estudo de revisão⁵¹, que incluiu pacientes com CA de mama dos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido, Austrália, Suécia, Japão, Noruega e Israel, vai ao encontro desses dados. O estresse psicológico na fase de diagnóstico esteve presente, em todos os estudos investigados, nesse período da doença, e a evidência mais específica de sua manifestação foi pela ansiedade e um possível problema com implicações para respostas crônicas negativas⁵¹. Os níveis de estresse das pacientes influenciaram-se por fatores educacionais, aconselhamento médico, apoio social percebido, histórico médico prévio de CA, histórico familiar de CA de mama e personalidade com traço de otimismo e ansiedade⁵¹.

Pesquisadores⁵² observaram que o momento da descoberta e a forma como receberam a comunicação do diagnóstico foram fatores marcantes e decisivos. Algumas pacientes precisaram buscar informações, outras sentiram-se protegidas e confortáveis para dar continuidade ao tratamento, devido à linguagem utilizada pelos médicos para explicar o diagnóstico. Um fator que pode auxiliar mulheres com CA de mama nessa fase é a participação em grupos de apoio³⁵, no qual aprendem a se adaptar a essa nova situação da vida e a redimensionar seus valores.

O diagnóstico de CA de mama ocasiona diversas alterações psicológicas, como surpresa, medo e indignação, com consequências nas rotinas, problemas em relacionamentos e como enfrentar as próximas etapas da doença e tratamento. As consequências e os ajustamentos emocionais podem depender de características individuais das pacientes e da relação médico-paciente. O apoio a essa população, por meio do diagnóstico, torna-se fundamental, tendo em vista as reações que causa e suas implicações para as próximas etapas.

DURANTE O TRATAMENTO

Passada a fase do diagnóstico, dependendo do caso, as pacientes passam pelo tratamento cirúrgico e, muitas vezes, dizem não serem ouvidas pelos médicos a respeito de suas

opiniões, sendo imposto o tipo de tratamento a ser realizado⁴¹. Algumas pacientes percebem-se vítimas de negligência no atendimento médico, no qual acolhimento e empatia constituem requisitos fundamentais para que se sintam seguras e satisfeitas com o diagnóstico e aderência ao tratamento. A aderência pode ser influenciada pelo estado de bem-estar espiritual das mulheres com CA de mama, pois pacientes que pensaram em desistir do tratamento médico apresentavam maior bem-estar espiritual³.

A qualidade de vida (QV) de mulheres com CA de mama pode ser influenciada pelo tipo de cirurgia, quanto maior a cirurgia, maiores são as dificuldades na funcionalidade do membro superior, e quanto maior a morbidade, mais prejuízos na saúde geral, física, funcional, nas funções cognitiva e social³¹. O período pós-operatório mostrou-se o mais crítico na QV de mulheres com CA de mama e a cirurgia não conservadora da mama sem reconstrução causou maiores impactos negativos nessa variável^{14,37}. Pesquisadores²¹ encontraram menor QV associada à terapia de conservação da mama, resultado que vai de encontro a outro estudo já realizado¹⁹. A biópsia do linfonodo de sentinela, entretanto, não influenciou significativamente na QV, causando alguns danos e limitações no membro superior colateral durante as atividades diárias das pacientes³².

A cirurgia de mastectomia frequentemente resulta em limitações físicas do braço colateral de mulheres com CA de mama, com alterações em seu dia a dia e déficits na autonomia³⁹. Quando as pacientes precisam distanciar-se da ocupação profissional, isso causa sentimento de declínio na capacidade produtiva e desconforto provocado pela ideia de sobrecarregar a família e os amigos. A aceitação da alteração no papel de cuidador é uma tarefa árdua, principalmente por não poder realizar todas as funções que realizavam antes de adoecer³⁹. Quanto a isso, observa-se que apenas uma minoria das mulheres investigadas nos estudos desta revisão estava trabalhando, prevalecendo ocupações como donas de casa, afastadas e aposentadas^{3,17,25,27-29,32-33,35-37,41,46}.

A mastectomia também pode modificar a imagem corporal de mulheres com CA de mama, modificar a percepção do próprio corpo e suas relações interpessoais, fazendo com que essas pacientes apresentem maiores dificuldades de aceitação das alterações pela cirurgia, geralmente não correspondentes à imagem corporal esperada, sentindo-se deformadas fisicamente e constrangidas em reassumir suas atividades sexuais⁴⁷. Esses dados vão ao encontro de estudo²⁷ que buscou conhecer os problemas enfrentados por mulheres mastectomizadas em seus contextos de vida. O sofrimento psíquico ocasionado pode variar de acordo com o tempo, com a vivência e/ou com a capacidade individual de cada uma em perceber-se encarnada em um novo corpo⁴⁷. Há casos controversos, em que mulheres com CA de mama não se

sentem estigmatizadas pela doença, não sentem ressentimento pela mutilação ou opressão por vergonha⁴⁶.

Durante os tratamentos, que podem causar efeitos adversos às pacientes, como enjoos, queimaduras pela radioterapia e queda na funcionalidade⁴¹, mulheres com CA de mama passam por extrema angústia e medo, além de estresse pela possibilidade de recorrência da doença devido à incerteza do sucesso do tratamento⁴⁴. Novamente, experimentam diversos sentimentos, como ansiedade e tristeza, que interferem diretamente na maneira de lidar com a doença. Esses sentimentos são sobrepostos à confiança, segurança e força para enfrentar os desafios do CA e sobreviver. Essa força é encontrada no suporte familiar e de amigos, fé e religião. A família apresenta papel-chave na reintegração social, contribui em casa, encoraja hábitos saudáveis, como a prática de atividade física e boa nutrição, e promove, assim, suporte afetivo e emocional às pacientes⁴⁴.

Passar por um episódio de ansiedade ou depressão logo após o diagnóstico de CA de mama ou durante o tratamento produz o sofrimento da própria paciente e sobrecarrega seus familiares⁵⁴. Um estudo de acompanhamento do momento pré-radioterapia até cinco anos pós-radioterapia demonstrou que os níveis de ansiedade e/ou depressão em mulheres com CA de mama podem estar associados à ocorrência desses transtornos antes do tratamento, isto é, os riscos de novos episódios são altos, enquanto que aquelas com “humor normal” são suscetíveis a permanecerem psicologicamente bem ao longo do tempo⁵⁵. Pesquisadores⁵⁶ encontraram resultado semelhante, maior vulnerabilidade das mulheres com episódios anteriores ao diagnóstico de CA para problemas de saúde mental durante o ano seguinte ao diagnóstico.

Entre mulheres chinesas, o fator determinante de ansiedade, ou depressão, associou-se com o tipo de tratamento. As pacientes que passaram por quimioterapia apresentaram maiores níveis de ansiedade do que aquelas que se trataram com radioterapia. Essas variáveis psicológicas afetaram também a QV dessas pacientes⁵⁷. Entre as mulheres inglesas com CA de mama, a ansiedade pós-cirurgia pôde explicar-se em 41%, pelos fatores idade, estado ocupacional, sentimento de punição e de abandono por Deus, otimismo e estratégias de enfrentamento não religiosas; enquanto o humor depressivo deu-se em 24% devido à idade, tipo de cirurgia, reconstrução da mama, sentimento de punição e de abandono de Deus, otimismo, negação, autculpa e desabafar⁵⁸. A prática religiosa ou espiritualidade mostrou-se um importante meio de enfrentamento também entre mulheres inglesas com CA de mama que haviam passado recentemente pelo tratamento cirúrgico⁵⁸. Para as coreanas com CA de mama, que passaram pelo tratamento cirúrgico, a religiosidade associou-se à ansiedade, à depressão e à QV de diferentes maneiras de acordo com a religião⁵⁹. No geral, 22,5% das participantes

foram diagnosticadas com depressão no momento pós-cirurgia, mas, um ano após, os níveis diminuíram em todos os grupos (católicas, budistas, protestantes e sem religião), sendo uma taxa significativa entre as protestantes, que passaram de 30,1% para 15,7% de prevalência da depressão. A intensidade da atividade religiosa e a religiosidade intrínseca, com caráter protetor da depressão no curso da doença, mostraram-se inversamente associadas⁵⁹.

Apenas um estudo selecionado para esta revisão abordou o tema ansiedade. As pacientes brasileiras apresentavam níveis de ansiedade traço e estado médios, apesar de a hipótese ter sido de que apresentariam elevados níveis²⁹. Os autores justificaram o resultado pelo fato de serem mulheres participantes de um programa de reabilitação, no qual podem expressar sentimentos, angústias e dúvidas. Os estudos citados anteriormente permitem indagar a heterogeneidade das participantes incluídas na pesquisa²⁴, que se encontravam em diferentes fases (pós-tratamento, em tratamento, pós-cirurgia), considerando ainda que os níveis de ansiedade e depressão de mulheres com CA de mama diminuem com o passar do tempo⁵⁴.

Uma pesquisa com mulheres irlandesas com CA de mama investigou se o acompanhamento psicológico por cinco semanas, nos períodos pós-cirúrgico e em tratamento, poderia reduzir os níveis de ansiedade, depressão e estresse das pacientes⁵⁰. A intervenção mostrou-se eficaz no ajustamento de estresse e ansiedade. Os níveis otimizados não se mantiveram 12 meses após o final da intervenção, mas não voltaram aos valores basais de estresse. O grupo controle manteve os níveis do pré para o pós-intervenção e, passados os 12 meses, ocorreu ajustamento positivo, concordando com os registros apresentados em um estudo⁵⁴.

Mesmo frequente, por vezes, a depressão não é reconhecida nem tratada entre as mulheres com CA de mama, o que faz com que os sintomas físicos amplifiquem-se e causem maior incapacidade funcional e má adesão ao tratamento⁶⁰. Estudiosos²⁵ constataram que sintomas depressivos são comuns em mulheres com CA de mama, e os maiores níveis associaram-se a terem realizado quimioterapia, apresentarem dor e limitação da mobilidade do membro superior referente ao lado afetado da mama e à baixa percepção geral de saúde. Encontrou-se⁴⁵ comportamento depressivo moderado em 5% de mulheres com CA de mama em tratamento hormonioterápico que se autoavaliaram com má qualidade do sono, característica encontrada em 40% das investigadas e diretamente associada à menor QV nos aspectos físicos, psicológicos e sociais.

A dor é um fenômeno que pode ser frequente entre as mulheres com CA de mama²⁷. Os resultados da revisão demonstraram que a dor pode associar-se inversamente à QV⁴² e diretamente com níveis de fadiga²⁷ e prejuízos na funcionalidade do membro superior

da mama afetada após a cirurgia³¹. Maiores níveis de dor são apresentados imediatamente após a radioterapia adjuvante³⁸. Constatou-se⁴⁰ dor de intensidade leve em todas as 98 participantes do estudo, sendo 48,8% com dor na mama fantasma, associada diretamente ao esforço físico e inversamente ao repouso. Um estudo de cunho nacional demonstrou mais de um terço das mulheres dinamarquesas tratadas do CA de mama apresentarem dor persistente de cinco a sete anos após o tratamento, sendo metade com distúrbios sensoriais, níveis mínimos para aquelas que foram submetidas à mastectomia e biópsia de linfonodo sentinela (BLS) e maiores para mulheres tratadas com cirurgia conservadora da mama, linfadenectomia, quimioterapia e radioterapia regional⁶¹.

Pesquisadores²⁸ investigaram a dor como componente da QV de mulheres com CA de mama. O resultado mostrou-se pouco satisfatório, assim como para os domínios emocional, insônia e fadiga; e regular a satisfatória para os domínios físico, cognitivo, social e desempenho de papel. Uma pesquisa³⁵ investigou a QV de mulheres após BLS, classificada como boa, assim como em estudos já realizados²⁰⁻²¹. A QV relacionada ao tratamento do CA de mama foi associada com prejuízos nos domínios físicos, sociais, funcional e específico do CA¹⁴, sendo a menor QV relacionada à radioterapia irradiada e a QV emocionalmente afetada quando mulheres com CA de mama realizavam quimioterapia por mais de 20 meses e de 6 sessões²⁸. Entretanto, outros estudiosos³⁴ não encontraram associação da QV com o tratamento quimioterápico. Mulheres com CA de mama comparadas a mulheres sem CA de mama apresentaram menor QV nos domínios físico²¹, psicossocial e ambiental¹⁶.

A fase de tratamento é crítica para mulheres com CA de mama. Diversos vieses ocorrem e afetam a qualidade de vida, bem como o desempenho das atividades diárias, como as dores e as limitações físicas. No enfrentamento dessa fase, a religião e a família representam papéis fundamentais para as mulheres com CA de mama. As reações emocionais ao tratamento podem ser influenciadas por experiências anteriores ao CA. As pacientes que realizaram cirurgia de mastectomia são um grupo de risco para complicações físicas de limitações nos movimentos dos braços e psicológicas quanto aos novos papéis e imagem corporal. A ansiedade e os fatores sociodemográficos associados parecem ser definitivos na resposta psicológica de mulheres ao tratamento de CA de mama.

PÓS-TRATAMENTO

No período pós-tratamento, ocorrem repercussões psicológicas que podem afetar os relacionamentos afetivo-sexual das sobreviventes, com maior distanciamento do sexo oposto quando não apresentam parceiro estável, por não acreditarem em novos relacionamentos e

por medo de rejeição por estarem mutiladas⁴¹. Dos estudos selecionados, 78,1% apresentam o estado civil das participantes e em dois desses a maioria delas não eram casadas^{22,32}. Pesquisadores²⁷ constataram que a participação do marido/parceiro em todas as fases da doença é evidentemente importante para mulheres com CA de mama, pois auxilia na reestruturação de integridade. Há medo de perder o parceiro, de afastamento, de indiferença e de abandono; a falta de companheirismo pode desestimulá-las na busca de mecanismos de enfrentamento⁵³.

A religião mostra-se presente também nesse período como um mecanismo utilizado para superarem as dificuldades, geralmente quando não esperam encontrar ajuda de outras pessoas⁴³. O medo reaparece constantemente e é intensificado durante exames periódicos de controle do CA ou em complicações pós-tratamento³⁹. O convívio com outras pessoas em situação de sofrimento semelhante abala psicologicamente essas mulheres, causando desgaste físico e emocional às sobreviventes⁴⁸. Mesmo tendo passado pelo tratamento há pelo menos um ano, é possível apresentarem estressores decorrentes da doença. O CA de mama deixa, na memória das sobreviventes, marcas de sofrimento e estresse³⁹.

Pesquisa⁴² constatou QV desfavorável nos aspectos físicos, emocionais e dor de mulheres pós-tratamento. Nesse período, pode haver maior dificuldade na realização de atividades da vida diária, comprometimento na função social, física e emocional, as duas últimas diretamente associadas ao comprometimento em perspectiva futura, sintomas da mama e queda de cabelo³⁶. Alguns fatores podem associar-se à QV. Estudiosos¹⁹ observaram relações diretas de melhor QV com maiores níveis socioeconômicos, de escolaridade e com relação marital estável. O bem-estar físico e funcional pode diminuir após o tratamento radioterápico, assim como aumentar a fadiga³⁵. Comparadas às mulheres sem CA, mulheres com CA de mama apresentaram melhor QV geral em um estudo realizado¹⁵.

É evidente que o CA de mama influencia diversos fatores da vida dessas mulheres, que necessitam de atendimento multiprofissional, do diagnóstico ao período pós-tratamentos, amenizando as adversidades decorrentes da doença e do tratamento. No período pós-tratamento, embora possam ocorrer sequelas físicas e psicológicas, as mulheres com CA de mama vivenciam uma fase que gera mudanças no modo que veem a vida. Fatos que as façam lembrar a doença, como retornos às consultas médicas e vivência com pessoas em situação semelhante, causam repercussão psicológica, como medo. Nota-se a necessidade de políticas de prevenção do CA de mama e do atendimento adequado de profissionais da saúde, pois estes são fatores que podem impactar no modo com que mulheres com CA de mama enfrentarão a doença.

Investigar o comportamento de variáveis psicológicas e qualidade de vida de brasileiras no diagnóstico, tratamento e sobrevivência do câncer de mama.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão destacam que as mulheres com CA apresentam principalmente o sentimento de abandono, medo, tristeza, aflição, desespero e ansiedade. Em relação aos sintomas físicos, a fadiga é o problema mais comum e um dos mais prejudiciais para a manutenção das atividades diárias das pacientes. Além disso, possui correlação direta com a dor e inversa com a QV. Quanto aos aspectos psicológicos, a autoimagem apresenta-se como um problema frequente, devido às mudanças que ocorrem no corpo em função dos tratamentos. Com a autoimagem alterada as pacientes tendem a apresentar problemas na sexualidade e dificuldades na reinserção social.

A religiosidade e o apoio dos familiares mostram-se ferramentas fundamentais para a aceitação e o enfrentamento da doença. O respeito e a empatia da equipe médica também são importantes durante o tratamento, sendo a percepção de negligência das pacientes fator causador de maiores angústias e sentimentos negativos.

O estudo permitiu concluir que as mulheres brasileiras diagnosticadas, em tratamento ou sobreviventes do CA de mama sofrem diversos impactos emocionais, psicológicos e físicos, que resultam na redução da QV dessas pacientes.

Diante da complexidade da doença é recomendado um trabalho interdisciplinar durante as fases de diagnóstico, tratamento e após o tratamento, a fim de atender as demandas físicas e psicológicas das pacientes. As políticas de prevenção do CA de mama, atendimento adequado da saúde e aspectos individuais de cada paciente são fatores que podem impactar no modo com que mulheres com CA de mama reagirão à doença.

Destaca-se ainda que os resultados apresentados são referentes as mulheres com CA de mama. Quanto às consequências dessa doença em homens, podem manifestar-se de modo diferente, sendo necessário o desenvolvimento de estudos para investigar suas consequências nessa população. A maioria dos estudos incluídos na revisão foi de corte transversal, dessa forma é importante que futuras pesquisas amplifiquem as investigações, sendo desenvolvidos estudos longitudinais e intervencionais, e que sejam investigadas mais detalhadamente outras variáveis, como estresse, ansiedade, depressão e religiosidade.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Cláudia Arab e Clara Knierim Correia.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Cláudia Arab, Bruna Belusse Demonico, Clara Knierim Correia, Guilherme Torres Vilarino e Alexandro Andrade.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Cláudia Arab, Bruna Belusse Demonico, Guilherme Torres Vilarino e Alexandro Andrade.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Cláudia Arab.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro; 2016 [citado 2016 maio 13]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>
2. Leão CP, Teixeira UF, Lima EKP, Lima VMC, Fernandes GB, Rêgo MAV. Tendência da mortalidade por câncer de mama feminino no estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. *Rev baiana saúde pública*. 2012;36(2):299-312.
3. Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças - Psicol Saúde*. 2009;14(2):143-50.
4. Alves MLM, Pimentel AJ, Guaratini AA, Marcolino JÁM, Gozzani JL, Mathias LAST. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57(2):147-56.
5. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol Estud*. 2008;13(2):231-7.
6. Courneya KS. Exercise in cancer survivors: an overview of research. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(11):1846-52.
7. Pedroso W, Araújo MB, Stevanato E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. *Motriz Rev Educ Fís*. 2005;11(3):155-60.
8. Vida SA, Souza MI, Miranda RC. As relações entre o exercício físico e atividade física e o câncer. *ConScientiae Saúde*. 2007;6(1):39-48.
9. Palesh OG, Roscoe JA, Mustian KM, Roth T, Savard J, Ancoli-Israel S, et al. Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center–Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol*. 2010;28(2):292-8.
10. Van Weert E, Hoekstra-Weebers JE, May AM, Korstjens I, Ros WJ, van der Schans CP. The development of an evidence-based physical self-management rehabilitation programme for cancer survivors. *Patient Educ Couns*. 2008;71(2):169-90.

11. Mustian KM, Sprod LK, Palesh OG, Peppone LJ, Janelins MC, Mohile SG, et al. Exercise for the management of side effects and quality of life among cancer survivors. *Curr Sports Med Rep*. 2009;8(6):325-30.
12. Penttinen H, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psychooncology*. 2011;20(11):1211-20.
13. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin*. 2010;135(11):507-11.
14. Bezerra KB, Silva DSM, Costa MBC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(7):1933-41.
15. Soares PBM, Carneiro JA, Rocha LA, Gonçalves RCR, Martelli DRB, Silveira MF, et al. The quality of life of disease-free Brazilian breast cancer survivors. *Rev esc enferm USP*. 2013;47(1):69-75.
16. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Quality of life in breast cancer survivors compared to healthy women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(10):453-8.
17. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AA, Carvalho DS, Maluf EMCP, Sylvestre CCS, Hatschbach SBB. Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health-related quality of life. *Support Care Cancer*. 2012;20(8):1901-9.
18. Verde SMML, São Pedro BMO, Mourão Netto M, Damasceno NRT. Aversão alimentar adquirida e qualidade de vida em mulheres com neoplasia mamária. *Rev Nutr*. 2009;22(6):795-807.
19. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Quality of life and sexuality of women treated for breast cancer. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(2):61-7.
20. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Quality of life in Brazilian breast cancer survivors age 45–65 years: associated factors. *Breast J*. 2005;11(6):425-32.
21. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Santos-Sá DS, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause*. 2005;12(4):436-43.
22. Paim CR, Lima EDRP, Fu MR, Lima AP, Cassali GD. Postlymphadenectomy complications and quality of life among breast cancer patients in Brazil. *Cancer Nurs*. 2008;31(4):302-9.

23. Menezes N, Schulz VL, Peres RS. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud Psicol.* 2012;17(2):233-40.
24. Castro CCP. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta paul enferm.* 2012;25(2):211-7.
25. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de beck-short form. *J bras psiquiatr.* 2010;59(2):106-10.
26. Amado F, Lourenço MTC, Deheinzelin D. Metastatic breast cancer: do current treatments improve quality of life? A prospective study. *São Paulo Med J.* 2006;124(4):203-7.
27. Araújo LD, Mota DDCF, Pimenta CAM. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama. *Rev esc enferm USP.* 2011;45(2):508-14.
28. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):759-66.
29. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Caniçali Primo C. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta paul enferm.* 2012;25(2):211-7.
30. Olympio PCAP, Amorim MHC, Lima EFA. Estresse e resposta imunológica em mulheres mastectomizadas durante o tratamento com tamoxifeno. *Rev enferm UERJ.* 2012;20(1):15-20.
31. Assis MR, Marx AG, Magna LA, Ferrigno IS. Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. *Braz J Phys Ther.* 2013;17(3):236-43.
32. Velloso FS, Barra AA, Dias RC. Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. *Braz J Phys Ther.* 2011;15(2):146-53.
33. Caetano J, Soares E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. *Rev enferm UERJ.* 2005;13:210-6.
34. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(1):53-7.
35. Santos DE, Rett MT, Mendonça ACR, Bezerra TS, DeSantana JM, Júnior Silva WM. Effect of radiotherapy on pulmonary function and fatigue of women undergoing treatment for breast cancer. *Fisioter Pesqui.* 2013;20(1):50-5.

36. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta paul enferm.* 2013;26(1):93-100.
37. Simeão SFAP, Landro ICR, De Conti MHS, Gatti MAN, Delgalo WD, De Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18:779-88.
38. Bezerra TS, Rett MT, Mendonça ACR, Santos DE, Prado VM, DeSantana JM. Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para câncer de mama. *Rev Dor.* 2012;13(4):320-6.
39. Silva G, Santos MA. Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Rev Latino-Americana Enferm.* 2010;18(4):688-95.
40. Silva BB, Mendes LCM, Costa NKB, Holanda LGM, Lima GP, Teles JBM, et al. Phantom breast syndrome: clinical and epidemiological characteristics. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(9):446-51.
41. 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.
42. Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CAM. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15(2):167-72.
43. Godoy JMP, Silva SH, Godoy MFG. Mechanisms used to face difficulties encountered following surgical treatment for breast cancer. *Afr J Psychiatry.* 2009;12(1):75-6.
44. Pereira CM, Pinto BK, Muniz RM, Cardoso DH, Wexel WP. Falling ill and surviving breast cancer: the experience of mastectomized woman. *Rev pesqui cuid fundam.* 2013;5(2):3837-46.
45. El Rafihi-Ferreira R, Pires MLN, Soares MRZ. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. *Psicol Reflex Crit.* 2012;25(3):506-13.
46. Peres RS, Santos MA. Breast cancer, poverty and mental health: emotional response to the disease in women from popular classes. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007;15(SPE):786-91.
47. Azevedo RF, Lopes RLM. Merleau-ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. *Rev enferm UERJ.* 2005;13(2):188-93.
48. Caetano E, Gradim C, Santos L. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev enferm UERJ.* 2009;17(2):257-61.

49. Travado L, Reis JC. Breast cancer meanings: a cognitive developmental study. *Psycho-oncol.* 2013;22(9):2016-23.
50. Groarke A, Curtis R, Kerin M. Cognitive behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *British J Health Psychol.* 2013;18(3):623-41.
51. Montgomery M, McCrone SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *J Adv Nurs.* 2010;66(11):2372-90.
52. Grzybowski MA, Schmidt C, Borges VR. A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. *Psicol Hosp.* 2008;6(1):82-96.
53. Ferreira SMA, Panobianco MS, Oliveira Gozzo TO, Almeida AM. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(3):835-42.
54. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(3):355-61.
55. Hopwood P, Sumo G, Mills J, Haviland J, Bliss JM. The course of anxiety and depression over 5 years of follow-up and risk factors in women with early breast cancer: results from the UK Standardisation of Radiotherapy Trials (START). *Breast.* 2010;19(2):84-91.
56. Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby M, Hincks A, Fisher J, et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med.* 2011;41(7):1429-36.
57. So WK, Marsh G, Ling W, Leung F, Lo JC, Yeung M, et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2010;14(1):17-22.
58. Boyle ICT, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology.* 2013;22(3):646-58.
59. Jang JE, Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH, et al. Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study. *Psychooncology.* 2013;22(4):922-9.
60. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(2):112-26.

61. Mejdahl MK, Andersen KG, Gärtner R, Kroman N, Kehlet H. Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six year nationwide follow-up study. *BMJ*. 2013;346:f1865.

Recebido: 5.2.2015. Aprovado: 7.7.2016. Publicado: 2.12.2017.