

# IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM HOSPITAL ONCOLÓGICO CAMPO GRANDE-MS

Luis Flávio Durães Gomes Oliva – Universidade Anhanguera-Uniderp

Camila Cavanha Faria – Universidade Anhanguera-Uniderp

Camila Viero Martins – Universidade Anhanguera-Uniderp

Marina Ghizzi Figueiredo – Universidade Anhanguera-Uniderp

Rayssa de Moura Zanatta – Universidade Anhanguera-Uniderp

Tais Gavira Wong – Universidade Anhanguera-Uniderp

Ana Cláudia Alves Pereira – Universidade Anhanguera-Uniderp

Thatiany Barbosa Quirino – Universidade Anhanguera-Uniderp

Renata Palopoli Picoli – Universidade Anhanguera-Uniderp

André Luis Domingos – Universidade Anhanguera-Uniderp

Sandra Christo dos Santos – Universidade Anhanguera-Uniderp

**RESUMO:** O câncer de mama é um dos mais incidentes na população feminina mundial e brasileira, representando a primeira causa de morte por câncer nesta. O diagnóstico e tratamento causam impactos que podem repercutir na qualidade de vida, no estado mental e na religião. O objetivo foi avaliar os danos psicossociais em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico e os impactos causados pelo diagnóstico, correlacionado aos sintomas depressivo-ansiosos, qualidade de vida e à religiosidade. Foram utilizados cinco questionários para avaliação das 125 voluntárias. Encontrou-se 55,4% das pacientes com excelente qualidade de vida e 44,6% com boa. 78,5% apresentou improvável ansiedade e 87,7% improvável depressão. 82,8% não mudou de religião e alegou ter forças pela crença, esperança e otimismo. O impacto causado pelo tratamento quimioterápico não apresentou influência significativa para uma piora na qualidade de vida e níveis mais altos de ansiedade e depressão.

**ABSTRACT:** Breast cancer is one of the most incident cancers in women across the world, representing the leading cause of cancer death in this population. The diagnosis and treatment cause impacts that may affect the quality of life, mental status and religion. The objective was to evaluate the psychosocial damage in patients with breast cancer undergoing chemotherapy and impacts caused by the diagnosis, correlated with depressive-anxiety symptoms, quality of life and religion. Five questionnaires were applied on the 125 volunteers. 55.4% patients had excellent quality of life and 44.6% good one. 78.5% presented unlikely anxiety and 87.7% unlikely depression. 82.8% did not change religion and claimed to have had strength due to beliefs, hope and optimism. The impact caused by chemotherapy showed no significant influence on the quality of life and levels of anxiety and depression.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Câncer; Mama; Qualidade de Vida; Psicossocial.

**KEYWORDS:**

Breast; Cancer; Quality of Life; Psychosocial.

*Informe Técnico*

Recebido em: 07/03/2014

Avaliado em: 11/03/2014

Publicado em: 28/11/2014

*Publicação*

Anhanguera Educacional Ltda.

*Coordenação*

Instituto de Pesquisas Aplicadas e Desenvolvimento Educacional - IPADE

*Correspondência*

Sistema Anhanguera de Revistas Eletrônicas - SARE  
rc.ipade@anhanguera.com

v.17 • n.4 • 2013 • p. 77-97

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o câncer mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira (INCA, 2013). No Brasil, o aumento da mortalidade do câncer de mama está relacionado ao diagnóstico tardio da doença. O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama causam impactos que podem repercutir na qualidade de vida, no estado mental e na religião (CONDE et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995). A qualidade de vida vem sendo relacionada com a saúde, com a importância de avaliar como a doença interfere na vida do paciente (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005).

Um importante fato que tem influência direta na qualidade de vida relacionada à saúde, é a idade em que a paciente é diagnosticada. Estudos demonstram que pacientes jovens (menor que 60 anos), tem um impacto maior do que mulheres mais velhas. Relata-se que essas mulheres jovens vivenciam maior estresse emocional e apresentam uma maior dificuldade em adotar uma atitude positiva em relação ao diagnóstico (CONDE et al., 2006).

Um estudo que utilizava a escala de ansiedade de depressão HAD (Hospital Anxiety Depression Scale) e avaliou 10 mulheres, constatou que 60% dessas mulheres apresentavam os sintomas de ansiedade que eram: tensão, medo inespecífico e preocupações difusas (PELEGRINI; CERQUEIRA; PERES, 2008). Um estudo observacional de coorte cujo enfoque era a ocorrência de depressão e ansiedade em mulheres em fase inicial do câncer de mama, chegou à conclusão que os fatores de risco para o desenvolvimento de ambas as desordens estão mais relacionados com a paciente do que com a doença ou o tratamento, essas pacientes apresentavam problemas psicológicos prévios e dificuldades no suporte social. Também no mesmo estudo pode-se chegar à conclusão que com a remissão do caso os níveis tanto de ansiedade e depressão se igualam ao da população em geral (CANTINELLI et al., 2006).

Devido ao fato de a depressão ser o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009) e este fato ter relação direta com a qualidade de vida das pacientes, fez-se necessária avaliação e estratificação desse sintoma nas com câncer de mama. Outra condição presente nestas pacientes é a ansiedade, e também se estuda a influência deste sintoma na qualidade de vida de pacientes com câncer (PELEGRINI; CERQUEIRA; PERES, 2008).

O apego a Deus e outras formas da divindade em momentos difíceis como o diagnóstico e tratamento de doenças de grande impacto como o câncer de mama, é imprescindível. A religião talvez seja um exercício importante para estimular as mecânicas da fé, embora

a fé não necessariamente derive apenas da religião. Acredita-se que a fé, como sentido construtivo, positivista, atua na estruturação psicológica e tem um papel importante, já documentado cientificamente, podendo ter aspectos positivos que oferecem mais equilíbrio e bem-estar, além de uma recuperação mais rápida e objetiva (LOTTENBERG, 2012).

Três fatores influenciam a saúde de quem pratica a religião. O primeiro deles é o significado que essas crenças atribuem à vida. Elas orientam decisões diárias, o que contribui para evitar o stress. O segundo fator está ligado ao apoio social. As pessoas convivem com comunidades que acreditam nas mesmas verdades e oferecem suporte emocional e, por vezes, mesmo financeiro. O terceiro elemento é a influência que a religião tem na formação de hábitos saudáveis, evitando e tratando fatores de risco possíveis para o desenvolvimento de algumas doenças, como o câncer (KOENIG, 2012).

O presente estudo procurou quantificar a qualidade de vida desses pacientes por meio de um questionário previamente formulado e específico (FACT-B+4), para correlacionar o estado de saúde tanto mental quanto físico dessas pacientes portadores de neoplasia e em tratamento quimioterápico e mostrar se existe uma necessidade maior de atuação nesses fatores que influenciam a qualidade de vida nos pacientes estudados.

Religiosidade e espiritualidade são assuntos polêmicos que demandam estudos específicos e amostras de ampla escala. Diante disto, nosso trabalho visa apenas avaliar se há influência ou não do câncer de mama em alguns aspectos religiosos, como crença, esperança e otimismo, não focando em aspectos inerentes à fé, valores, cultura e criação.

### **1.1. Objetivo geral**

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar os danos psíquicos e sociais em pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico e os impactos causados pela ciência do diagnóstico de câncer, correlacionado aos sintomas depressivo-ansiosos, a qualidade de vida e a religiosidade.

### **1.2. Objetivos específicos**

- Conhecer a prevalência dos sintomas depressivo-ansiosos nas pacientes com câncer de mama;
- Avaliar a intensidade dos sintomas depressivo-ansiosos em pacientes com câncer de mama;
- Compreender os impactos causados pelo tratamento quimioterápico na vida profissional das pacientes;
- Analisar os impactos causados pelo tratamento quimioterápico e a intensidade do prejuízo na qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama;
- Avaliar a influência do tratamento de câncer de mama sobre a religião e religiosidade.

## 2. MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (ANHANGUERA-UNIDERP) de número 103/12 e devidamente autorizada pelo Hospital do Câncer Alfredo Abrão, em Campo Grande – MS.

Este estudo caracteriza-se por ser do tipo observacional, transversal do tipo série de casos. A população alvo foi de 125 voluntárias. Para efeitos de comparação e para melhor confiabilidade dos resultados, dois grupos foram avaliados: o grupo câncer de mama, com 65 voluntárias, correspondente às pacientes que foram diagnosticadas com câncer de mama e que estavam em tratamento quimioterápico no Hospital do Câncer Alfredo Abrão de Campo Grande- MS, no período de abril a agosto de 2013, sendo tal amostra obtida através do livro de registro de pacientes atendidas no setor; e o grupo controle, formado por 60 voluntárias selecionadas aleatoriamente dentre os cenários que os alunos atuam no curso de Medicina da Universidade Anhanguera – UNIDERP, como o Hospital Santa Casa e o Centro de Especialidades Médicas (CEMED), em Campo Grande – MS.

### 2.1. Grupo câncer de mama

Este grupo fora entrevistado no Hospital do Câncer Alfredo Abrão, no setor de Quimioterapia, situada na Rua Marechal Rondon, 1053, Amambaí, Campo Grande – MS. CEP: 79002-205. Foram incluídas todas as pacientes, mulheres, acima de 18 anos, com diagnóstico de câncer de mama, independente de estágio e tipo histológico, submetidas à quimioterapia no Hospital do Câncer Alfredo Abrão, que já tinham encerrado pelo menos o primeiro ciclo e que aceitaram participar na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas as pacientes que não possuíam capacidade mental ou física para responder o questionário, que não estavam em tratamento quimioterápico, e não tinham completado o primeiro ciclo, e/ou que não se dispuseram a assinar o TCLE.

Após breve introdução sobre os objetivos do trabalho, as pacientes qualificadas pelos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa e, havendo interesse e disponibilidade, foram solicitadas a preencher o TCLE. Foram aplicados quatro questionários, realizados verbalmente e de forma presencial, com duração aproximada de 10 minutos, dependendo da colaboração das pacientes.

O primeiro questionário correspondeu a um roteiro de entrevista com questões fechadas e semiestruturadas, para investigar os perfis socioeconômicos, demográficos e características individuais das pacientes. O questionário constou de 8 questões que abrangiam idade; estado civil; raça/etnia; grau de escolaridade; se trabalha; há quanto tempo foi diagnosticada com câncer de mama; se possui religião e caso possua, qual; e se a doença influenciou na religião em algum destes três aspectos.

O segundo questionário correspondeu à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD - Hospital Anxiety Depression Scale). Este questionário obteve melhor desempenho em todas as análises utilizando como critério de validade a Entrevista Clínica e Diagnóstica Estruturada – CIDI (padrão-ouro) e foi desenvolvida especificamente para avaliar sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doenças físicas. Além de ser uma das escalas mais utilizadas em pacientes com câncer, encontra-se validada, tendo sido utilizada em vários trabalhos brasileiros (BOTTINO; FRAGUAS; GATTAZ, 2009; MARCOLINO et al., 2007). Este questionário possui 14 itens, dos quais sete são 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 (21 para ansiedade e 21 para depressão).

Para o conhecimento da prevalência e avaliação da intensidade da ansiedade e depressão foram somados os valores das respostas ímpares, respectivas à ansiedade, e as respostas pares, respectivas à depressão. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith (1983) recomendados para ambas as subescalas: improvável ansiedade/depressão (de 0 a 7 pontos para cada subescala), possível ansiedade/depressão (de 8 a 11 pontos) e provável ansiedade/depressão (de 12 a 21 pontos).

O terceiro questionário correspondeu ao FACT-B+4, um questionário específico para avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, sendo ele o instrumento que apresentou os melhores resultados, portanto recomendado por possuir forte correlação linear, alta confiabilidade, boa reprodutibilidade e apresentar menor número de reclamações de suas questões (MICHELS et al., 2012).

O questionário é dividido em cinco subescalas: física, social/familiar, emocional, funcional e sinais/sintomas relacionados ao câncer de mama. A subescala física, social/familiar e funcional possui um escore que vai de 0 a 28, a subescala emocional possui escore que varia de 0 a 24 e a subescala sinais/sintomas relacionados ao câncer de mama possui escore que varia de 0 a 40. A soma de todas as subescalas deve ser entre 0 e 148, onde 0 é a pior qualidade de vida e 148 a melhor qualidade de vida. Foram adotados os seguintes pontos de cortes: de 0 a 49 foi considerado regular qualidade de vida, entre 50 e 99 foi considerado boa qualidade de vida e entre 100 e 148 foi considerado excelente qualidade de vida.

O quarto questionário correspondeu à escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro, que demonstrou ser útil para a prática clínica, com aplicação rápida e capaz de identificar a presença do fenômeno investigado, além de apresentar validade e fidedignidade (CHAVES et al., 2011). A escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro contém cinco itens que quantificam a concordância do indivíduo com questões relacionadas com a dimensão da espiritualidade. As respostas podem variar entre o “Não Concordo (1)”, “Concordo um

pouco (2)", "Concordo bastante (3)", "Plenamente de acordo (4)". Foram adotadas como resposta "sim" os itens "concordo bastante" e "plenamente de acordo", e consideramos como resposta "não" os itens "não concordo" e "concordo um pouco".

## 2.2. Grupo controle

Este grupo fora escolhido aleatoriamente para a entrevista, nos diferentes cenários em que os acadêmicos atuam na Universidade. Foram incluídas todas as voluntárias, mulheres, acima de 18 anos, presentes nos diferentes cenários do curso, que aceitaram a participar na pesquisa através da assinatura do TCLE. Foram excluídas todas mulheres com câncer de mama, mulheres com ansiedade e/ou depressão e/ou demais transtornos psiquiátricos diagnosticados e mulheres com doença terminal.

Assim como realizado com o grupo câncer de mama, com exceção do questionário FACT-B+4 específico para câncer de mama, foram utilizados os mesmos instrumentos para avaliação: 1- um roteiro de entrevista com questões fechadas e semiestruturadas, para investigar os dados socioeconômicos, demográficos e características individuais; 2- Aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD - Hospital Anxiety Depression Scale); 3 - Aplicação da escala de Espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro. Além destes três questionários, foi aplicado um sobre qualidade de vida, The Medical Outcomes Study 36 item Short Form Health Survey (SF-36), o qual não é específico somente para câncer de mama.

O SF-36 foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso (WARE & SHERBOURNE 1992). Tal questionário foi idealizado a partir de uma revisão de outros instrumentos relacionados à qualidade vida já existente na literatura nos últimos 20 anos, tendo sido traduzido e validado para o português por Ciconelli et al. (1999). O SF-36 é um questionário genérico de avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas (domínios), na qual investiga aspectos distintos: capacidade funcional: avalia a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física; aspectos físicos; aspectos emocionais; dor; estado geral de saúde; vitalidade: considera o nível de energia; aspectos sociais: analisam a integração do indivíduo em atividades sociais; saúde mental: investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

Cada subescala/ domínio recebe um escore que varia de zero a cem, sendo 0 o pior e 100 o melhor estado de saúde (MARTINEZ; PARAGUAY; LATORRE, 2004), pois o cálculo do SF-36 foi feito transformando as questões em domínios, sendo que para cada domínio existe um cálculo diferente que varia de zero a cem. O resultado é chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade em medida. Para cada domínio inserimos

pontos de corte para avaliação, em que de 0 a 33,3 foi classificado como regular de 33,4 a 66,7 bom e de 66,8 a 100 excelente. Foi calculada tanto a média individual para cada domínio quanto a estratificação de cada um deles em excelente, bom e regular.

Para avaliar as diferentes variáveis abordadas pelos cinco questionários, foi utilizado um sistema informatizado de tabulação de dados através de planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel 2010, seguido por análise estatística e cálculo de nível de significância através do "p" ( $*p \leq 0,05$ ), pelos testes ANOVA e qui-quadrado.

### 3. RESULTADOS

Através da entrevista com as pacientes, observou-se que, das 65 com câncer de mama, a média de idade foi de 54,3 anos, sendo a mais nova com 20 e a mais velha 75 anos, enquanto que no grupo controle a média de idade foi de 50,3 anos, sendo os extremos 25 e 79 anos. Das com câncer, 33 (50,8%) eram casadas, 13 (20%) solteiras e 6 (9,2%) separadas, enquanto que nas do grupo controle os valores eram 38 (63,3%), 12 (20%) e 2 (3,3%) respectivamente. Constatou-se que dentre as pacientes com câncer de mama, 29 (44,6%) eram de raça branca, 29 (44,6%) pardas e 7 (10,8%) negras, enquanto que no grupo controle 31 (51,7%) eram brancas, 24 (40%) pardas e 5 (8,3%) negras. Quanto à escolaridade, no grupo câncer de mama, 5 eram analfabetas (7,7%), 34 possuíam ensino fundamental (52,3%), 22 possuíam ensino médio (33,8%) e 4 possuíam ensino superior (6,2%), enquanto que nas pacientes do grupo controle, 3 eram analfabetas (5%), 24 possuíam ensino fundamental (40%), 14 ensino médio (23,3%) e 19 ensino superior (31,7%).

Observou-se que dentre as pacientes em tratamento para o câncer, 54 (83,1%) não trabalhavam enquanto apenas 23 (38,3%) das pacientes saudáveis estavam afastadas ou não possuíam emprego. Das com câncer de mama, 11 (16,9%) trabalham contra 37 (61,7%) do grupo controle. Em adição, constatou-se que dentre as pacientes do grupo câncer de mama, 18 (27,7%) possuíam diagnóstico da doença entre 0-6 meses, 9 (13,8%) entre 6 meses-1 ano, 9 (13,8%) entre 1-2 anos, 4 (6,1%) entre 2-3 anos, 2 (3,0%) entre 3-4 anos, 7 (10,8%) entre 4-5 anos e 16 (24,6%) possuíam diagnóstico há mais de 5 anos. Das pacientes com câncer de mama, 64 (98,5%) possuíam religião, sendo a maioria evangélica 35 (54,7%) e as outras 29 católicas (45,3%), enquanto que das do grupo controle, 58 (96,7%) possuíam religião, sendo 31 católicas (53,4%), 23 evangélicas (39,6%) e 4 espíritas (6,9%).

Tabela 1: Características sociodemográficas das pacientes dos grupos câncer de mama e controle.

Características gerais	G. CA Mama		G. Controle	
	n	%	n	%
Idade				
0 -19 anos	0	0,0	0	0,0
20 – 49 anos	19	29,2	31	51,7
50- 59 anos	20	30,8	17	28,3
60 ou mais	26	40,0	12	20,0
				p=0.0032*
Estado Civil				
Casadas	33	50,8	38	63,3
Solteiras	13	20,0	12	20,0
Separadas	06	9,2	02	3,3
				p=0,0023*
Raça				
Branca	29	44,6	31	51,7
Parda	29	44,6	24	40,0
Negra	07	10,8	05	8,3
				p=0,038*
Escolaridade				
Analfabeta	5	7,7	3	5,0
E. Fundamental	34	52,3	24	40,0
E. Médio	22	33,8	14	23,3
E. Superior	04	6,2	19	31,7
				p=0,1666

Características gerais	G. CA Mama		G. Controle	
Sim	11	16,9	37	61,7
Não	54	83,1	23	38,3
Religião				
Sim	64	98,5	58	96,7
Não	01	1,5	02	3,3
p=0,56				

\*p ≤ 0,05 (estatisticamente significativa)

Em relação à religiosidade, 9 (14%) das pacientes com câncer de mama disseram que a começaram a frequentar mais a igreja por conta da condição, enquanto 2 (3,1%) mudaram de religião e 53 (82,9%) afirmaram não ter ocorrido mudanças.

Tabela 2: Aspectos relacionados à religiosidade das pacientes com câncer de mama e grupo controle.

	G. CA Mama		G. Controle	
	n	%	n	%
Começou a frequentar mais a igreja	09	14,0	00	0,0
Mudou de religião	02	3,1	01	1,7
Não houve mudanças p=0,0099* (Teste ANOVA)	53	82,8	57	98,3

\*p ≤ 0,05 (estatisticamente significativa)

Através do questionário de espiritualidade, verificou-se que das pacientes com câncer de mama, 59 (90,8%) alegaram que concordam que suas crenças espirituais/religiosas dão sentido às suas vidas, 59 (90,8%) disseram que concordam que a fé e crença dão forças nos momentos difíceis, 60 (92,3%) afirmaram que veem o futuro com esperança, 50 (76,9%) alegaram que sentem que suas vidas mudaram para melhor e 59 (90,8%) responderam que aprenderam a dar valor às pequenas coisas da vida.

Analisando as pacientes do grupo controle no quesito espiritualidade, 56 (93,3%) alegaram que concordam que suas crenças espirituais/religiosas dão sentido às suas vidas, 57 (95%) disseram que concordam que a fé e crença dão forças nos momentos difíceis, 54 (90%) afirmaram que veem o futuro com esperança, 52 (86,7%) alegaram que sentem que suas vidas mudaram para melhor e 58 (96,7%) responderam que aprenderam a dar valor às pequenas coisas da vida.

Tabela 3: Aspectos relacionados à espiritualidade verificados em pacientes nos grupos de câncer de mama e controle.

Questões	G. CA Mama		G. Controle	
	n	%	n	%
As minhas crenças/espiritualidade dão sentido a minha vida.				
Sim	59	90,8	56	93,3
Não	06	09,2	04	6,7
p=0,56				
A minha fé e crença dão- me força nos momentos difíceis.				
Sim	59	90,8	57	95,0
Não	06	9,2	03	5,0
p=0.34				
Vejo o futuro com esperança.				
Sim	60	92,3	54	90,0
Não	05	7,7	06	10,0
p=0,0031*				
Sinto que a minha vida mudou para melhor.				
Sim	50	76,9	52	86,7
Não	15	23,1	08	13,3
p=0,018*				
Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida				
Sim	59	90,8	58	96,7
Não	06	9,2	02	3,3
p=0,0012*				

\*p ≤ 0,05 (estatisticamente significante)

Para avaliar parâmetros quanto à ansiedade e depressão das pacientes, utilizou-se o questionário HAD. Através dele, verificou-se que das pacientes com câncer de mama, 51 (78,5%) possuíam improvável ansiedade, 10 (15,4%) possível ansiedade e 4 (6,2%) provável transtorno de ansiedade, ao passo que nas do grupo controle 46 (76,7%) possuíam improvável ansiedade, 9 (15%) possível ansiedade e 5 (8,3%) provável ansiedade. Em relação aos aspectos depressivos, das pacientes com câncer de mama, 57 (87,7%) possuíam improvável depressão, 5 (7,7%) possível depressão e 3 (4,6%) provável depressão, enquanto que nas pacientes do grupo controle, 51 (85%) possuíam improvável depressão, 9 (15%) possível depressão e nenhuma possuía provável depressão.

Tabela 4: Ansiedade avaliada a partir da Escala HAD em pacientes pertencentes aos grupos câncer de mama e controle.

Ansiedade	G. CA Mama		G. Controle	
	n	%	n	%
Improvável	51	78,5	46	76,7
Possível	10	15,4	09	15,0
Provável	04	6,2	05	08,3

$p=0,0032^*$  (Teste ANOVA)

\* $p \leq 0,05$  (estatisticamente significativa)

Tabela 5: Depressão avaliada a partir da Escala HAD em pacientes pertencentes aos grupos câncer de mama e controle.

Depressão	G. CA Mama		G. Controle	
	n	%	n	%
Improvável	57	87,7	51	76,7
Possível	05	07,7	09	15,0
Provável	03	04,6	00	00,0

$p=0,0023^*$  (Teste ANOVA)

\* $p \leq 0,05$  (estatisticamente significativa)

Para avaliação da qualidade de vida das pacientes do grupo câncer de mama, fez-se uso do questionário FACT-B onde encontrou-se que 36 pacientes (55,4%) possuíam excelente qualidade de vida (entre 100-148 pontos), 29 (44,6%) possuíam boa qualidade (entre 50-99 pontos) e nenhuma possuía regular qualidade de vida (abaixo de 50 pontos).

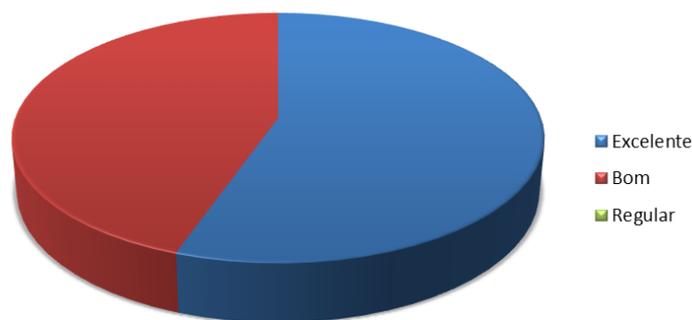


Gráfico 1: Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama

Tabela 6: Qualidade de vida das pacientes do grupo câncer de mama obtida através do Questionário FACT-B+4,

Qualidade de vida	n	%
Excelente	36	55,4%
Bom	29	44,6%
Regular	00	00,0%

p=0,001\* (Teste quiquadrado)

\*p ≤ 0,05 (estatisticamente significante)

Nas pacientes do grupo controle, nas quais foi aplicado o questionário SF-36, observou-se que ao analisar a qualidade de vida através das médias de cada um dos domínios em regular (0-33,3), boa (33,4-66,6) e excelente (66,7-100), obteve-se os seguintes resultados: capacidade funcional com média 78,1 (excelente), limitação por aspectos físicos com média 69 (excelente), dor com média 55,5 (bom), estado geral de saúde com média 61 (bom), vitalidade com média 68 (excelente), aspectos sociais com média 81,7 (excelente), limitação por aspectos emocionais com média 71,7 (excelente) e saúde mental 75 (excelente).

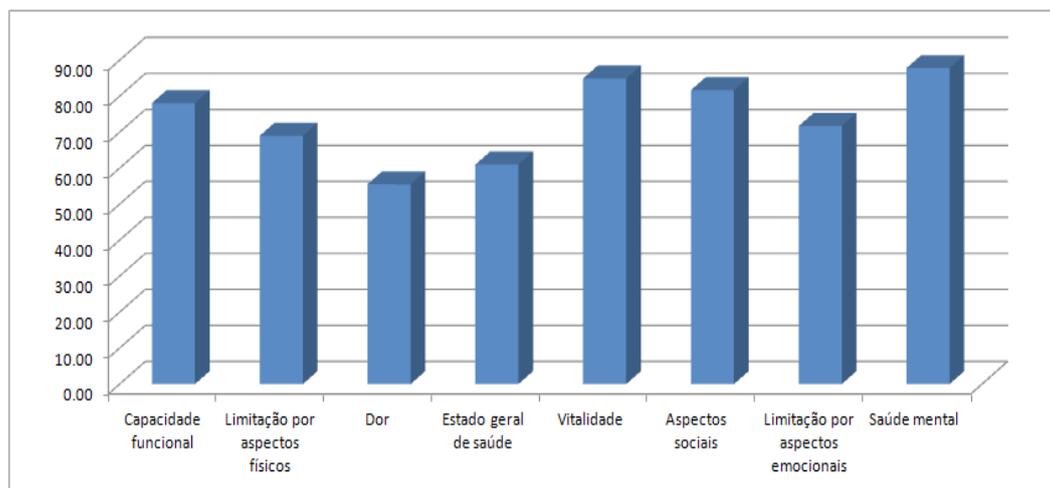


Gráfico 2: Valores médios dos domínios da qualidade de vida das pacientes do grupo controle.

Tabela 7: Média dos domínios do questionário SF-36 de qualidade de vida a partir dos resultados obtidos das pacientes do grupo controle.

Domínios	Média
Capacidade funcional	78,10
Limitação por aspectos físicos	69,00

Dor	55,53
Estado geral de saúde	61,00
Vitalidade	68,08
Aspectos sociais	81,67
Limitação por aspectos emocionais	71,70
Saúde mental	75,13
p = 0,0833 (Teste quiquadrado)	

À exceção do domínio “Dor” todos os outros apresentaram qualidade de vida excelente. Os valores e porcentagens de cada um dos domínios, estratificados em excelente, bom e regular podem ser encontrados na Tabela 8.

Tabela 8: Qualidade de vida das pacientes do grupo controle, pelos domínios do questionário SF-36.

Domínios qualidade de vida SF-36	n	%	p
Capacidade funcional			
Excelente	43	71,7	0,0001*
Bom	12	20,0	
Regular	5	8,3	
Limitação por aspectos físicos			
Excelente	40	66,7	0,0001*
Bom	6	10,0	
Regular	14	23,3	
Dor			
Excelente	14	23,3	0,0012*
Bom	42	70,0	
Regular	4	6,7	
Estado geral de saúde			
Excelente	28	46,7	0,0078*
Bom	23	38,3	
Regular	9	15,0	
Vitalidade			
Excelente	34	56,7	0,0001*
Bom	23	38,3	
Regular	3	5,0	
Aspectos sociais			
Excelente	46	76,7	0,0001*
Bom	11	18,3	
Regular	3	5,0	
Limitação por aspectos emocionais			
Excelente	34	56,7	0,0003*
Bom	9	15,0	
Regular	17	28,3	

	Saúde mental		
Excelente	44	73,3	0,0001*
Bom	16	26,7	
Regular	0	0,0	

p = Teste quiquadrado  
\*p ≤ 0,05 (estatisticamente significante)

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. Qualidade de vida

A qualidade de vida em pacientes oncológicos é bem documentada na literatura, nesse estudo foi utilizado o FACT-B+4 para quantificar a qualidade de vida das pacientes em tratamento quimioterápico para câncer de mama. Foi encontrado que mais da metade das pacientes possuíam excelente QV (55,4%), tendo o restante apresentado boa QV (44,6%), entrando em concordância com Huguet et al. (2009) que aplicaram o questionário WHOQOL-bref da OMS e também encontrou resultados similares. No entanto, um estudo feito com 14 pacientes com diagnóstico de câncer de mama em tratamento quimioterápico utilizando o questionário Eortc QIQ-c30 para avaliação da QV encontrou resultados discordantes, relatando que esses pacientes tem um impacto na QV devido ao tratamento e que os níveis de qualidade de vida variam de acordo com a idade e o nível educacional, sendo que a caracterização da população quanto a ambos desses trabalhos foram semelhantes a este estudo (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

Sobre fatores que influenciam a QV, Huguet et al. (2009) chegaram à conclusão que mulheres em relacionamentos estáveis tiveram escores médios melhores que as sem relacionamento tanto na avaliação psíquica como nas relações sociais. Fator que pode ter influenciado o alto escore de QV no nosso estudo, pois apenas 20% da população estudada eram solteiras. Com isso identifica-se que o suporte marital tem extrema importância na vida das pacientes com CA de mama.

Lotti et al. (2008) revelam a discordância entre literaturas quanto a faixa etária como fator influenciador da qualidade de vida das pacientes acometidas com câncer de mama quando submetidas ao tratamento. Engel et al. (2004) e Casso, Buist e Taplin (2004) demonstram que mulheres mais jovens apontam níveis mais altos de qualidade de vida do que mulheres idosas. Em contrapartida Härtl et al. (2003) e Haes et al. (2003) apontam que mulheres velhas tendem a apresentar melhor qualidade de vida após o tratamento do que as mais jovens. Nas correlações com as literaturas abordadas o presente estudo entra em concordância com os dois últimos autores, pois a maioria das pacientes com câncer de mama na cidade de Campo Grande - MS estão em idades avançadas (acima dos 60 anos de

idade) tendo uma QV estratificada como excelente ou boa, e quando comparadas ao grupo controle não houve diferenças significativas. Possivelmente, a idade avançada ligada a uma maior experiência de vida e de como contornar problemas, não afete demasiadamente o estado psicoemocional dessas pacientes preservando sua saúde/estado mental.

No estudo de Akin et al. (2008) realizado na Turquia encontrou-se que as mulheres na faixa etária entre 40 e 50 anos apresentaram déficits na função emocional e que a idade influencia a QV. Nicolussi e Sawada (2011) também correlacionaram a faixa etária à função emocional e Conde et al. (2006) referem que a idade influencia na QV, principalmente quando ligada ao momento em que essas pacientes são diagnosticadas com câncer de mama, pois pela faixa etária, o impacto de cada década difere uma da outra. Pode-se atribuir ao presente estudo que pela idade avançada das pacientes de Campo Grande, a influência desta foi máxima visto que se obtiveram apenas resultados excelentes e bons.

Os resultados encontrados não eram esperados, pois a hipótese inicial formulada era de que as pacientes em tratamento quimioterápico apresentariam uma qualidade de vida inferior ao grupo controle. No entanto, foi observado que tanto as pacientes com câncer de mama quando as pacientes do grupo controle apresentavam escores de qualidade de vida clinicamente semelhantes. As literaturas disponíveis sobre QV em pacientes com neoplasia mamária divergem em resultados, algumas demonstram resultados similares ao do nosso estudo (HODGKINSON et al., 2007; HUGUETT et al., 2009; JORGE; SILVA, 2010) enquanto outras demonstram uma queda na qualidade de vida, como o de Kluthcovsky e Urbanetz (2012), que observaram um grande impacto negativo nas avaliações da QV das pacientes, quando comparadas com as mulheres saudáveis.

O resultado encontrado em que o nível de QV de mulheres com câncer de mama é similar à população geral pode ser explicado pelo fato da maioria dessas pacientes terem avaliado o apoio de familiares e de equipes profissionais como algo positivo, que era um dos itens avaliados no FACT-B+4, o que possivelmente poderia ter influenciado no aumento na QV nessas pacientes, fato que também foi observado por Sales et al. (2001). Nesta pesquisa foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista elaborado pelos pesquisadores, e notou-se que tanto o apoio social, familiar e dos profissionais de saúde contribuíam para um bom funcionamento social das pacientes e conseqüentemente na qualidade de vida destas.

#### **4.2. Ansiedade e Depressão**

A baixa prevalência de ansiedade e depressão nas mulheres com câncer de mama foi um dos principais achados do presente estudo. Entretanto, no estudo de Souza et al. (2013), foi encontrado alta prevalência, entrando em discordância com nossa pesquisa. Tal discordância pode ser decorrente da diferença de idades, sendo de a média de 47,2 anos no estudo de Souza et al. (2013) e de 54,3 em nosso estudo. A idade foi o principal fator correlacionado

com ansiedade e depressão nas pacientes com câncer de mama, de modo que a ansiedade e depressão tendem a diminuir com o aumento da idade. Outros estudos, como de Arden-Close, Gidron e Moss-Morris (2008); Gorayeb et al. (2012); Hickie et al. (1995), também corroboram este dado com o resultado desta pesquisa.

Em relação aos dados demográficos o estado civil demonstrou correlação com a ansiedade e depressão de forma estatisticamente significativa ( $p = 0,0023$ ). As mulheres casadas (50,8%) no grupo de câncer de mama possuíam menos ansiedade e depressão quando comparadas com as mulheres solteiras (20%) e separadas (6,2%). Entretanto, no estudo de Gorayeb et al. (2012) e no de Souza et al. (2013) não houve relações significantes ao comparar estado civil e ansiedade/depressão.

Trabalhos exploram os papéis parentais no sentido de se avaliar quem são os verdadeiros suportes emocionais para pacientes com doenças crônicas e os parceiros indiscutivelmente foram os que mais deram suporte às pacientes; a família não ocupa o papel principal na procura de conforto. Os parceiros são quem carrega a ação de facilitar a adaptação após o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama (GONÇALVES; GIGLIO; FERRAZ, 2009). Neste estudo, concluiu-se que a presença de companheiro poderia ser considerado um dos fatores de proteção contra sintomas depressivos nas pacientes com câncer de mama. A correlação entre presença de companheiro e ansiedade/depressão encontrada neste estudo, e em outras literaturas coincidem com o resultado encontrado em nossa pesquisa.

Ao comparar as amostras, esperava-se encontrar menor ansiedade e depressão no grupo controle quando comparada com o grupo câncer de mama, entretanto, apesar de haver diferenças estatisticamente significativas tanto na ansiedade ( $p = 0,0032$ ) quanto na depressão ( $p = 0,0023$ ), os grupos apresentavam semelhanças quando avaliado estes dois aspectos, ou seja, a prevalência da ansiedade e depressão nos dois grupos foi semelhante, sendo um pouco maior no grupo controle.

A prevalência semelhante de ansiedade e depressão encontrada nos dois grupos pode ser explicada pelo estudo de Margis et al. (2003), que relatam que a resposta ao estresse depende de fatores internos e externos relacionados ao indivíduo, e tais fatores poderiam influenciar na percepção do indivíduo quanto sua capacidade de resposta. Burgess et al. (2005) relatam que os fatores de risco para depressão e ansiedade parecem estar mais relacionados à paciente do que à doença ou ao tratamento. Dentre esses fatores, incluem a idade mais jovem e problemas psicológicos. Estes estudos corroboram com os resultados encontrados em nossa pesquisa, em que apesar do grupo câncer de mama ter um fator estressor que pode levar à ansiedade e depressão, o grupo controle poderia ter outros fatores estressores, que não estejam relacionados ao câncer de mama, mas que poderiam desencadear a ansiedade e depressão de forma equivalente ou até superior.

### 4.3. Religião

Uma análise de um tema tão polêmico quanto religião requereria anos de estudo e ainda sim estes não seriam suficientes para uma discussão devidamente embasada e legítima. Observou-se neste estudo que a maioria das pacientes possuía alguma religião, porém não foi possível avaliar o tempo de prática espiritual ou a frequência das atividades religiosas, tampouco se estes dois parâmetros influenciaram ou não em doenças como o câncer. Talvez, por falta desta abordagem mais específica, o valor de “p” não tenha sido significativo para esta variável. Tal fato se corrobora pelos dados encontrados na Tabela 2, referentes à religiosidade, que mostram que não houve mudanças na religião das pacientes frente ao diagnóstico do câncer de mama. Apesar disto, em nossa pesquisa e em estudo feito por Hoffman, Müller e Rubin (2006), o bem-estar espiritual foi identificado como um fator de proteção, estando relacionado a atitudes positivas de combate à enfermidade, em pacientes idosos com câncer.

Nos âmbitos que se referem à espiritualidade neste trabalho, através do questionário de Pinto e Pais-Ribeiro (2007), verificou-se que tanto pacientes com diagnóstico de câncer de mama quanto pacientes sem comorbidades demonstravam características semelhantes, apresentando valores semelhantes e significantes nas questões que se referem a otimismo e esperança. Observamos que nas mulheres com câncer de mama, suas crenças religiosas ajudam a se sentirem em paz com sua condição, sempre voltando para o lado do otimismo. Na verdade, encaram essa experiência como um desafio, e para solucioná-lo buscam meios de enfrentamento. Para a cultura ocidental a religião é uma estratégia muito valorizada para lidar com a doença e seus processos terapêuticos subsequentes (PINHO et al., 2007).

Ao contrário das questões referentes à esperança e otimismo, houve pouca significância nas que se referem à crença. Tal fato poderia ser explicado devido às crenças serem fatores inerentes ao eu, que não diferem conforme situações da vida, ao contrário da esperança e otimismo, que surgem quando enfrentamentos são necessários e situações precisam ser confrontadas. De fato, muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem frequentemente a Ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (FARIA; SEIDL, 2005).

Este estudo proporcionou avaliar a qualidade de vida das pacientes acometidas pelo câncer de mama atendidas pelo serviço público de tratamento de câncer na cidade de Campo Grande - MS. Entende-se que a qualidade de vida tem um conceito multifatorial que envolve avaliação do bem estar físico, emocional, social e familiar. Embora se esperasse encontrar regular qualidade de vida dessas pacientes bem como altos índices de ansiedade e depressão, o presente estudo provou o contrário, com resultados de boa e excelente qualidade de vida sendo similares ao grupo controle estudado. Quanto à ansiedade e depressão, estes apresentam menores índices quanto mais avançada é a idade das mulheres.

Este fato também foi relacionado às pacientes casadas, que representavam maior parte de nossa amostra.

Surgiu como limitação do trabalho uma avaliação específica e aprimorada acerca da religiosidade dos pacientes antes do diagnóstico de câncer. Tal fato explica-se pelo atual estudo ter avaliado características religiosas pós-CA de mama, sendo que a crença e a religiosidade anterior ao período da doença não foi passível de avaliação.

Para que se possa melhor compreender e avaliar a qualidade de vida sugere-se estratificação de dados por faixa etária, tornando essenciais pesquisas adicionais para complementar o presente estudo.

---

## 5. CONCLUSÃO

Com o presente estudo, pode-se concluir que a maioria das pacientes com câncer de mama: possuía improvável depressão/ansiedade; não trabalhava ou estavam afastadas da profissão; possuía excelente qualidade de vida e o restante, boa qualidade, sendo que o prejuízo do câncer de mama e do tratamento nesta foi mínimo.

A idade possuiu influência na qualidade de vida e na prevalência e intensidade de sintomas depressivo-ansiosos, pois quanto maior a idade menor o impacto na qualidade de vida e menor a prevalência de sintomas depressivo-ansiosos.

A religião não pareceu sofrer influência direta do tratamento do câncer de mama, porém a doença aumentou aspectos relacionados à religiosidade/espiritualidade, como crença, esperança e otimismo. Surgiu limitação no estudo em relação à avaliação da religiosidade, por ser um tema complexo e de difícil mensuração.

Os grupos CA de Mama e Controle apresentavam características semelhantes em todos os aspectos do estudo.

---

## REFERÊNCIAS

AKIN, S.; CAN, G.; DURNA, Z.; AYDINER, A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur. J. Oncol. Nurs.*, v. 12, n. 5, p. 449-56, 2008.

ARDEN-CLOSE, E.; GIDRON, Y.; MOSS-MORRIS, R. Psychological distress and its correlates in ovarian cancer: a systematic review. *Psycho-oncology*, v. 17, p. 1061-1072, doi: 10.1002/pon.1363, 2008.

BADGER, T. et al. Depression and Anxiety in Women With Breast Cancer and Their Partners. *Nursing Research*, v. 56, n. 1, p. 44-53, jan./fev. 2007.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K.; Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. *Rev. PSICO*, v. 40, n. 3, p. 366-372, jul./set. 2009.

BOTTINO, S. M. B.; FRAGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 36, suppl. 3, p. 109-115, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro – RJ. 2011. 122 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

- BURGESS, C. et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330:702, 2005.
- CANTINELLI, F. S. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 33, n. 3, p. 124-133, 2006.
- CARDOSO, C. R. D.; PERES, R. S. Estilo de enfrentamento religioso em mulheres acometidas por câncer de mama. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1058-1061, 2011. Disponível em: <[www.revipsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a19.pdf](http://www.revipsi.uerj.br/v11n3/artigos/pdf/v11n3a19.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.
- CASSO, D.; BUIST, D.S.M.; TAPLIN, S. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual. Life Outcomes*, v. 2, n. 25, 2004. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/2/1/25>>. Acesso em: 08 out. 2013.
- CHAVES, E. et al. Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem Sofrimento espiritual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 19, n. 4 Ribeirão Preto - SP, 2011.
- CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.
- CONDE, D. M.; PINTO-NETO, A. M.; JUNIOR, R. F.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro - RJ, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.
- ENGEL, J.; KERR, J.; SCHLESINGER-RAAB, A.; SAUER, H.; HÖLZEL, D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.*, v. 10, n. 3, p. 223-31, 2004.
- FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 18, n. 3, p. 381-389, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.
- GONÇALVES, M.; GIGLIO, J.; FERRAZ, M. Presença de Companheiro como Protetor de Sintomas Depressivos em Pacientes com Câncer de Mama. *Psychiatry Online Brasil*, v.14, n.8, 2009.
- GORAYEB, R. et al. Ansiedade e Depressão Pré-Cirúrgica numa Enfermaria de Ginecologia Oncológica e Mastologia. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 13, n. 2, 2012.
- GUIMARÃES, A. G. C.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Uberlândia, v. 58, n. 4, p. 581-592, 2012. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/03-artigo-caracterizacao-sociodemografica-avaliacao-qualidade-vida-mulheres-cancer-mama-tratamento-quimioterapico-adjuvante.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2013.
- HAES, J. C. M.; CURRAN, D.; AAROSON, N.K.; FENTIMAN, I.S. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years: participating in the EORTC 10850 randomized clinical trial. *Eur. J. Cancer*, v. 39, n. 7, p. 945-51, 2003.
- HÄRTL, K. et al. Impact of medical and demographic factors on longterm quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann. Oncol.*, v. 14, n. 7, p. 1064-71, 2003.
- HICKIE, I.; WILHELM, K.; AUSTIN, M. P.; BENNETT, B. Subcortical hyperintensities on magnetic resonance imaging: clinical correlates and prognostic significance in patients with severe depression. *Biological Psychiatry*, v. 37, n. 3, p. 151-60, 1995.
- HODGKINSON, K. et al. Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care Cancer*, v. 15, n. 5, p. 515-23. 2007.
- HOFFMANN, F.; MÜLLER, M.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v. 14, n. 2, p. 143-150, 2006. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/645/645>>. Acesso em: 08 nov. 2013.
- HUGUET, P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 61-67, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n2/03.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2013.
- INCA, Instituto Nacional do Câncer. Mama. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 17 out. 2013.
- INUMARU, L. E.; SILVEIRA, É. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.
- JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. Avaliação da qualidade de vida de portadoras de câncer ginecológico,

- submetidas à quimioterapia antineoplásica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.18, n.5, p. 1-7, 2010.
- JÚNIOR, N. C. S. Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama. 2010. 71 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; URBANETZ, A. A. L. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 34, 2012.
- KOENIG, H. G. Um poder invisível da fé. *Revista Veja*, Editora Abril, ano 45, n. 41, ed. 2290, 10/10/2012.
- LIPPMAN, M. E. Câncer de Mama. In: LONGO, D. L. et al. *Medicina Interna de Harrison*. 18. ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill, p. 754-763, 2013.
- LOTTENBERG, C. L. A delicada relação entre religião e saúde. 10/07/2012. Disponível em <[www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/a-delicada-relacao-entre-religiao-e-saude.aspx](http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/a-delicada-relacao-entre-religiao-e-saude.aspx)>. Acessado em 07/10/2013.
- LOTTI, R. C. B. et al. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 367-371, 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v04/pdf/367\\_372\\_Impacto\\_do\\_Tratamento\\_de\\_Cancer\\_de\\_Mama.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/367_372_Impacto_do_Tratamento_de_Cancer_de_Mama.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2013.
- MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A. D. F.; DAVOGLIO, T.; LEITE, J. C. C. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n. 3, p. 707-716, 2012.
- MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev. Bras. Cancerologia*, v. 52, n. 1, p 48-58, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v01/pdf/revisao2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2013.
- MARCOLINO, J. Á. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Campinas, v. 57, n.1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942007000100006&lng=en&nrm=i](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000100006&lng=en&nrm=i)>. Acesso em: 13 Nov. 2013.
- MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 25, supl. 1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082003000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 14 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>.
- MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.; LATORRE, M. R. D. O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 38, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 nov. 2013.
- MICHELS, F. A. S. et al. Validação e reprodutibilidade do questionário FACT-B+4 de qualidade de vida específico para câncer de mama e comparação dos questionários IBCSG, EORTC-BR23 e FACT-B+4. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 321-328, 2012.
- NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de Pacientes com Câncer de Mama em Terapia Adjuvante. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 32, n. 4, p. 759-766, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20027>>. Acesso em: 01 nov. 2013.
- OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, v.41, n.10, p. 403-409, 1995.
- PARKER, P; BAILE, W.; MOOR, C.; COHEN, L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology*, v. 12, p. 183-93, 2003.
- PELEGRINI, L. G.; CERQUEIRA, J. A. C.; PERES, R. S. Morbidade Psicológica em Mulheres Mastectomizadas: Influências das Relações Emocionais ao Câncer de Mama. In: XII Seminário de Iniciação Científica da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2008.
- PINHO, L. S. et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Rio de Janeiro*, v. 9, n. 1, p. 154-165, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm>>. Acesso em: 10 out. 2013.
- PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq. Med.*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.
- PRIMO, C. C. et al. Ansiedade em mulheres com câncer de mama. *Enfermería Global*, n. 28, p. 63-73, out. 2012. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.11.4.142731/138561>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

- SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2001.
- SOUZA, F. G. M. et al. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 27, n. 4. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol27/n4/art207.htm>>. Acesso em: 02 out. 2013.
- STOPECK, A. T. et al. Breast Cancer. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/1947145-overview>>. Acesso em: 18 out. 2013.
- VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia Saúde & Doenças*, São Leopoldo, v. 14, n. 1, p. 1-22, 20 out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862013000100001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862013000100001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 out. 2013.
- WARE, J. E. J.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.
- ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta. Psychiatr. Scand.*, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.