



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROBERTO LUIS BARRETO GOIS

**A INFLUÊNCIA DA PSICO-ONCOLOGIA NA ATUAÇÃO COM MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA**

ARACAJU

2023



ROBERTO LUIS BARRETO GOIS A influência da Psico-oncologia na atuação com mulheres com câncer de mama.

ROBERTO LUIS BARRETO GOIS

**A INFLUÊNCIA DA PSICO-ONCOLOGIA NA ATUAÇÃO COM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Cipolotti

ARACAJU

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE – BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

G616i Gois, Roberto Luis Barreto
A influência da psico-oncologia na atuação com
mulheres com câncer de mama / Roberto Luis Barreto
Gois ; orientadora Rosana Cípolotti. – Aracaju, 2023.
64 f. : il.

Tese (doutorado em Ciências da Saúde) –
Universidade Federal de Sergipe, 2023.

1. Ciências da saúde. 2. Câncer de mama. 3.
Autoimagem. 4. Sexualidade. 5. Psico-Oncologia. I.
Cípolotti, Rosana, orient. II. Título.

ROBERTO LUIS BARRETO GOIS

**A INFLUÊNCIA DA PSICO-ONCOLOGIA NA ATUAÇÃO COM MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do grau de Doutorem Ciências da Saúde.

APROVADA EM: __/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª. Dr^a. Rosana Cipolotti

1º Examinador: Prof^ª. Dr^a Cristiane Bani Corrêa

2º Examinador: Prof^ª. Dr^a Barbara Cristina da Silva Rosa

3º Examinador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo Barreto

4º Examinador: Prof^ª. Dr^a Shirley Santos Teles Rocha

Dedico este trabalho ao meu filho Gabriel.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por todas as graças que vem realizando em minha vida.

Aos meus pais, Edio e Solange, à minha esposa, Rosa Luisa por acreditarem em minha capacidade. Muito obrigado pela cumplicidade e incentivo para que eu subisse mais um degrau na escada da capacitação profissional.

À professora Rosana Cipolotti, pela oportunidade do doutorado e por toda a confiança que depositou em mim. Aos amigos e amigas que contribuíram de forma direta ou indireta ao longo dessa jornada acadêmica.

RESUMO

As pacientes em tratamento de câncer de mama comumente enfrentam situações de dor e sofrimento que representam um grande risco nas dimensões psíquicas e sociais. Isso ocorre devido à desconstrução da autoimagem (perda do cabelo, retirada da mama), diminuição das atividades sexuais, oriundas dos modelos de tratamento adjuvante ou neoadjuvante. A partir disso, sintomas como tristeza, frustração, ansiedade, angústia e medo podem estar presentes ao longo de todo o planejamento terapêutico. A Psico-Oncologia possui um outro olhar a respeito da neoplasia, possibilita compreender o adoecer como resultado de fatores biopsicossociais, propondo-se ser entender as respostas psicológicas frente ao adoecimento, aos tratamentos, reabilitação e à sobrevivência. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da Psico-oncologia em mulheres com diagnóstico de câncer de mama durante tratamento quimioterápico em uma clínica privada da cidade de Aracaju – SE. Esta, por sua vez, disponibiliza para seus pacientes e familiares sem cobrança adicional, atendimento psicológico em terapia infusional e/ou oral, acolhendo demandas relacionadas ao adoecimento e ao tratamento. Os dados investigados foram os resultados dos instrumentos na primeira, quinta e décima sexta sessão de quimioterapia. Estes foram o European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) Breast Cancer-Specific Quality of life Questionnaire (QLQ-BR23), o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e os dados sociodemográficos. De acordo com os protocolos da clínica, esses questionários são utilizados em sua rotina, uma vez que os mesmos são liberados no Brasil e com grande utilização no mundo. No total, participaram 80 pacientes com câncer de mama, sendo 16,2% com estadiamento I, 43,8% com estadiamento II e 40% com estadiamento III. De acordo com os instrumentos utilizados, observou-se que para a Função Emocional, os grupos que aderiram à psicoterapia suficientemente (80%) progrediram melhor ao longo das etapas em comparação ao grupo que não aderiu (20%). Para a Preservação da Imagem, o grupo que aderiu à psicoterapia suficientemente (64,4%) decaiu mais devagar ao longo das etapas quando comparado ao grupo aderiu parcialmente (9,8%) e as que não aderiram (26,8%). Foi possível perceber quanto aos quesitos autoimagem, função sexual e prazer sexual, as pacientes apresentaram redução significativa. Pode-se afirmar somente que, das pacientes que apresentaram adesão, a autoimagem foi reduzida de forma mais lenta em comparação às mulheres que não aderiram. Os principais sintomas psíquicos foram o medo, angústia, tristeza, choro fácil, ansiedade e insegurança. Esses resultados apontam para uma necessidade de revisão das práticas e protocolos institucionais direcionados para o serviço de psicologia.

Descritores: Câncer de mama. Autoimagem. Sexualidade. Psico-oncologia.

ABSTRACT

GOIS, R. L. B. **The influence of psycho-oncology in working with women with breast cancer**. 2023. 72f. Thesis (Doctorate in Health Sciences) – Graduate Program in Health Sciences, Federal University of Sergipe, Aracaju, 2023.

Patients undergoing breast cancer treatment commonly face situations of pain and suffering that represent a great risk in the psychological and social dimensions. This occurs due to the deconstruction of self-image (hair loss, removal of the breast), decrease in sexual activities, arising from adjuvant or neoadjuvant treatment models. From this, symptoms such as sadness, frustration, anxiety, anguish and fear may be present throughout the therapeutic planning. Psycho-Oncology has a different perspective on neoplasia, it makes it possible to understand illness as a result of biopsychosocial factors, proposing to be understanding the psychological responses to illness, treatments, rehabilitation and survival. Therefore, the present study aimed to evaluate the influence of Psycho-oncology in women diagnosed with breast cancer during chemotherapy treatment in a private clinic in the city of Aracaju - SE. This, in turn, provides its patients and family members with no additional charge, psychological care in infusional and/or oral therapy, accepting demands related to the illness and treatment. The investigated data were the results of the instruments in the first, fifth and sixteenth chemotherapy session. These were the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) Breast Cancer-Specific Quality of life Questionnaire (QLQ-BR23), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and sociodemographic data. According to the clinic's protocols, these questionnaires are used in their routine, since they are released in Brazil and widely used in the world. In total, 80 patients with breast cancer participated, 16.2% with stage I, 43.8% with stage II and 40% with stage III. According to the instruments used, it was observed that for Emotional Function, the groups that adhered to psychotherapy sufficiently (80%) progressed better throughout the stages compared to the group that did not adhere (20%). For Image Preservation, the group that adhered to psychotherapy sufficiently (64.4%) declined more slowly throughout the stages when compared to the group that adhered partially (9.8%) and those that did not adhere (26.8%). It was possible to notice regarding the questions self-image, sexual function and sexual pleasure, the patients showed a significant reduction. It can only be stated that, of the patients who adhered, the self-image was reduced more slowly compared to the women who did not adhere. The main psychic symptoms were fear, anguish, sadness, easy crying, anxiety and insecurity. These results point to a need to review institutional practices and protocols directed at the psychology service.

Descriptors: Breast cancer. Self-Concept. Sexuality. Psycho-oncology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 — Distribuição das pacientes que tiveram adesão, adesão insuficiente e não adesão para a função emocional..... 32
- Figura 2 — Distribuição das pacientes que tiveram adesão, adesão insuficiente e não adesão na preservação da imagem, função e prazer sexual 37

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 — Caracterização geral das mulheres integrantes da amostra | 27 |
| Tabela 2 — Resultados do EORTC QLQ-C30 | 30 |
| Tabela 3 — Resultados do EORTC QLQ-BR23 para o domínio preservação da imagem | 32 |
| Tabela 4 — Resultados do EORTC QLQ-BR23 para o domínio função sexual | 33 |
| Tabela 5 — Resultados do EORTC QLQ-BR23 para o domínio prazer sexual | 35 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 2.1 | O CÂNCER DE MAMA | 15 |
| 2.2 | EFEITOS PSÍQUICOS DO CÂNCER DE MAMA | 16 |
| 2.3 | NARCISO E O ESPELHO – A AUTOIMAGEM | 17 |
| 2.4 | A AFRODITE E A SEXUALIDADE (A)FRODISÍACA | 19 |
| 2.5 | PSICO-ONCONCOLOGIA..... | 21 |
| 3 | OBJETIVOS | 23 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 23 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 23 |
| 4 | MATERIAS E MÉTODOS | 24 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO | 24 |
| 4.2 | LOCAL DE ESTUDO | 24 |
| 4.3 | POPULAÇÃO DE ESTUDO | 24 |
| 4.4 | PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS | 24 |
| 4.5 | TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 25 |
| 5 | RESULTADOS | 28 |
| 6 | DISCUSSÃO | 39 |
| 7 | CONCLUSÃO | 44 |
| | REFERÊNCIAS | 45 |
| | ANEXO 1 | 52 |
| | ANEXO 2 | 53 |
| | ANEXO 3 | 54 |
| | ANEXO 4 | 55 |
| | ANEXO 5 | 56 |
| | ANEXO 6 | 58 |
| | ANEXO 7 | 59 |
| | ANEXO 8 | 62 |

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças que têm, em comum, o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Com o avanço dessas células, este tipo de doença tende a ser um processo muito agressivo. O câncer de mama feminino esteve entre os tipos de câncer de maior incidência, com a estimativa de 625 mil casos novos para cada ano do triênio 2020-2022 (INCA, 2019). Infelizmente, as informações mais recentes mostram que haverá 704 mil novos pessoas diagnosticadas com câncer no triênio 2023-2025, no qual o de mama feminino será um dos mais incidentes com 73 mil mulheres recebendo o diagnóstico. (SANTOS; LIMA; MARTINS; OLIVEIRA; ALMEIDA; CANCELA, 2023).

Com mais de 2,3 milhões de novos casos estimados em 2020, o câncer de mama se tornou o câncer mais comumente diagnosticado em todo o mundo e representa um grande problema para a saúde pública (MELINA, 2022). Se as tendências atuais permanecerem inalteradas, o câncer de mama deverá crescer para mais de 3 milhões de novos casos e 1 milhão de mortes por ano até 2040, como resultado apenas do crescimento populacional e do envelhecimento (SUNG, 2021).

As estratégias para detectar o câncer de mama são o diagnóstico precoce, para pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais de doença, e o rastreamento através do uso de estes e exame de imagem. Os métodos de escolha para o diagnóstico são as biópsias percutâneas, exames de imagem, a exemplo da mamografia, ressonância e tomografia (INCA, 2023).

Comprovado o diagnóstico, a paciente passa por um longo tratamento que pode acarretar sofrimento psíquico (ansiedade, tristeza, angústia, medo, frustração), físico, espiritual e social, ocasionando prejuízos funcionais, apresentando sintomas depressivos, diminuição da qualidade de vida e do autocuidado. Além disso, há modificação da autoimagem, isolamento social, perda das funções sexuais, podendo evoluir para a morte (COELHO *et al.* 2019).

Para Carvalhido e Farias (2022), crises recorrentes de ansiedade, medo, confusão, angústia, preocupação e desamparo estão associados ao diagnóstico. Período doloroso porque o futuro traz a experiência de refletir sobre a vida, impondo uma nova forma de olhar para o sujeito, e como ele quer vivenciar esse tempo de incertezas.

Segundo Valadão (2021), só a menção da palavra câncer e um possível diagnóstico já são capazes de provocar um desconforto, tanto para o paciente quanto para a família. Com isso, o papel do psicólogo é cuidar desse indivíduo e de seus conflitos, motivando, valorizando seus pontos fortes e virtudes emocionais, trazendo benefícios para a sua recuperação física e transformando a qualidade de sobrevivência do paciente.

A Psico-oncologia assume um papel importante no acompanhamento psicológico do paciente oncológico. A função do profissional é realizar apoio psicossocial e psicoterapêutico frente às transformações oriundas da doença, viabilizando auxílio para melhor cuidar da qualidade de vida do indivíduo. Conforme Kovács (2008), possui uma gama de conhecimentos e metodologias advindos da Psicologia da Saúde, da Oncologia prestando assistência a todos os envolvidos (paciente, família e aos trabalhadores) na prevenção, reabilitação e finitude da vida

Esta especialidade da psicologia visa acolher, diminuir suas tensões, humanizar o cuidado, proporcionar um cuidado integral e uma melhor qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

A atuação do psicólogo deve propiciar condições para que a biografia do sujeito seja minimamente interrompida. É de grande importância dar voz à subjetividade do paciente e reposicioná-lo diante de sua doença, convidando-o a ser mais participativo e autônomo.

Nesse sentido, torna-se essencial avaliar a contribuição da abordagem em Psico-oncologia em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, durante o tratamento quimioterápico, para oferecer uma melhor função emocional, social, preservação da autoimagem e funções sexuais das pacientes oncológicas.

Verifica-se a relevância do presente estudo, principalmente por tratar de uma temática que atinge de forma crescente a população e por discutir possibilidades práticas de uma Psicologia que vem se reconstruindo nesse campo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O CÂNCER DE MAMA

Câncer é a denominação atribuída para o conjunto de doenças que se caracterizam pelo crescimento acelerado e desordenado de células anormais, sendo considerado um problema de saúde pública mundial, devido à sua alta incidência e mortalidade (INCA, 2019). O tratamento padrão para o câncer envolve cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que podem ser realizadas separadamente ou em conjunto, e é nesse período que a pessoa vivencia inúmeros efeitos colaterais, como fadiga, náuseas, alopecia (perda de cabelo), perda de massa corporal, entre outros (FARIA; LIMA; FILGUEIRAS, 2018).

Sua etiologia envolve a interação de múltiplos fatores de risco, abrangendo diversos determinantes biológicos, psicossociais e ambientais. Os principais fatores causais estão ligados a agentes internos e externos ao sujeito, que podem agir em conjunto para iniciar ou promover o desenvolvimento do câncer em um terreno propício, afirma Moraes (1994).

A história da doença no meio familiar também é um aspecto que requer atenção, tendo em vista que grande parte dos cânceres de mama possui origem genética e/ou hereditária, o que sinaliza um grau do risco para o seu surgimento (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

O câncer de mama é caracterizado por uma neoplasia que afeta uma das mamas e, por vezes, as axilas, apresentando-se no início como um nódulo consistente que pode ser indolor ou não (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005). Pode se manifestar por meio de secreção mamilar, alterações na pele da mama ou dor intensa nesta (PEREIRA, 2008).

A neoplasia mamária pode ser dividida em duas categorias: não-invasiva, caracterizada pelo fato de não ser capaz de se expandir pelo corpo, e invasiva, que pode se espalhar para outras camadas celulares do órgão, e pela capacidade de se disseminar para outras regiões (PIMENTEL; LIMA; MONNERAT, 2009).

Quanto às formas de tratamento, as principais, conforme o INCA (2015), são: a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e a hormonioterapia. Esses tratamentos podem ser realizados isoladamente ou em combinações e é de extrema importância sua finalização, para evitar o retorno da doença.

Atualmente, a detecção precoce do nódulo mamário ainda é muito significativa para a obtenção de tratamento e prognóstico satisfatórios. No Brasil, conforme as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, a mamografia é o único exame cuja aplicação em

programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama (INCA, 2021).

2.2 EFEITOS PSÍQUICOS DO CÂNCER DE MAMA

Ao longo da vida, as pessoas passam por diversas situações-problema que podem contemplar desde grandes crises, dentre elas uma grave doença e suas consequências, até mesmo pequenas dificuldades encontradas no seu dia a dia, e o impacto causado pela descoberta da doença vai depender da relação entre o problema e o sujeito que o vivencia, dentro do contexto psicossociocultural no qual está inserido (RZEZNIK, 2000).

Segundo o autor supracitado, a partir do momento em que se pensa em doença, independente do órgão que é acometido e dos efeitos gerados no organismo pela enfermidade, verifica-se a presença de um conjunto de emoções que se encontram associadas. Receber um diagnóstico, em geral, é um momento decisivo na vida da pessoa, pois, a partir de então, esta tem a possibilidade de reformular aspectos importantes da sua vida.

Quando vivencia uma situação de adoecimento, a mulher se depara com um misto de sentimentos, sendo o mais comum a angústia, porque a morte se faz presente. Adoecer é sempre uma ameaça à autoestima e à existência do ser humano. Conforme aumentam as consultas médicas, amplifica-se o sentimento de ansiedade, e algumas pacientes tendem a usar os mecanismos de defesa para lidar com a situação. A princípio, negam a doença e acreditam que a resolução dos seus conflitos se encontra na cirurgia. Contudo, cada pessoa precisa de tempo particular e subjetivo para lidar com as repercussões do diagnóstico (MICELI, 1998).

Nesse sentido, ao receber um diagnóstico de câncer, o ser humano submerge em sua temporalidade existencial e visualiza a morte como algo próximo em sua vida. Essa nova realidade estimula no íntimo de seu ser emoções e sentimentos que, ao serem expressos, transmitem seu estado de derrota do mundo (SALCI *et al.*, 2009).

Ao constatar a doença, a mulher pode inicialmente adotar o mecanismo de defesa de negação da realidade, mas esse é o momento que a permite compreender gradativamente a sua situação e enfrentar a realidade (KUBLER, 1998). A negação da enfermidade, dentro dos estágios psicológicos no enfrentamento do câncer representa o período em que a mulher não acredita na informação que está recebendo, sendo algo temporário e que, com o tempo, será substituído pela aceitação parcial.

Nessa fase, é bem comum uma transição entre falar sobre a realidade do assunto, em um determinado momento, e negá-lo completamente de repente. Já na fase de aceitação, os fatos

começam a ser enfrentados com a consciência das possibilidades e das limitações (ALMEIDA *et al.*, 2015). Em outros casos, a mulher pode apresentar sentimento de revolta, e faz questionamentos sobre o motivo desse evento estar ocorrendo em sua vida (SALCI *et al.*, 2009).

A vivência do câncer é uma das experiências mais desestruturantes para o paciente e sua família, pois os procedimentos, as condutas e rotinas terapêuticas, ainda que sejam métodos utilizados para restabelecer e promover o bem-estar do paciente, são percebidos como ameaçadores e agressivos, o que aumenta os sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade. A pessoa se vê limitada em seus recursos internos para controlar a situação (MORAES, 1994).

O momento do diagnóstico é acompanhado de sofrimento, por estabelecer uma relação íntima e direta com a morte (SALCI *et al.*, 2009). A morte, de acordo com Brandt (2004), tem sido um tema bastante abordado sob vários aspectos, e quanto aos efeitos psicológicos, tem sido observada nos problemas que surgem durante a vida, como por exemplo, a descoberta de uma doença oncológica. Surgem então, a partir da preocupação com a morte, problemas psicológicos como a depressão, insônia, agressividade, raiva, medo, sentimento de perda e culpa.

Outras preocupações mais específicas também se tornam comuns, como o medo de recidiva, da dor, da mutilação do corpo, da interferência da doença com as atividades de rotina, discriminação no trabalho, dificuldades práticas, problemas nas relações sociais e de comunicação com a família (BRANDT, 2004).

Observa-se que o diagnóstico de câncer e todo o processo da doença trazem diversas fantasias e preocupações para a mulher. O câncer de mama acarreta em sua vida efeitos traumáticos para além da própria enfermidade, pois o tratamento mais indicado é a realização da cirurgia de retirada da mama, a mastectomia, gerando, a partir dela, a perda de um órgão repleto de significado e simbolismo. Assim, a mulher pode apresentar diversas dificuldades psicológicas no decorrer dos tratamentos, necessitando de apoio dos profissionais que a acompanham e por parte da família.

2.3 NARCISO E O ESPELHO – A AUTOIMAGEM

A identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visualidade da cirurgia, o que para muitas mulheres significa um momento agressivo à autoimagem (PEREIRA *et al.*, 2006). Morais (2010) define imagem corporal como o modo de sentirmos e pensarmos sobre o nosso corpo e a nossa aparência. Os sentimentos e as ações

relativas à imagem corporal formam um conceito de corpo, fundamental para uma vida social mais adequada.

Assim, a imagem corporal, de acordo com o autor supracitado, é compreendida como a representação mental que possuímos do próprio corpo, e está relacionada à percepção e composta dos aspectos fisiológicos, psicoafetivos, cognitivos e relacionais. Dessa maneira, a imagem que fazemos do nosso corpo é construída e desconstruída ao longo de nossa vivência, das experiências com o mundo exterior.

Nessa perspectiva, a imagem corporal é construída nas relações e nos vínculos estabelecidos desde a infância, e que são referências para a maneira de ser e para a aceitação do corpo (GIMENES, 2000). A construção dessa imagem é marcada por fatores socioculturais, como moda e padrão de beleza (SANTOS; VIEIRA, 2011).

De acordo com Morais (2010), o ideal de corpo é um aspecto avaliado em relação a uma imagem ideal, regida por normas e valores socioculturais. Desse modo, alterações na imagem corporal podem modificar a autoimagem e o autorrespeito, limitando as relações sociais). Logo, a iminência da perda do seio e os tratamentos os quais a mulher passa a ser submetida, afetam consideravelmente sua autoestima, diminuindo o apreço em relação à sua feminilidade e capacidade de atração, gerando uma diminuição significativa do desejo sexual e da vontade de se relacionar com os outros (VENÂNCIO, 2004).

As mudanças também podem ocorrer em nível de relação conjugal. Durte e Andrade (2002) observaram que em alguns casos podem ocorrer problemas no relacionamento com o parceiro, como diminuição na frequência de relações sexuais. Há ainda mudanças no comportamento sexual da mulher, onde a mesma evita se despir na frente do companheiro ou até ser tocada por ele. O uso de camisa durante as relações sexuais passa a ser comum e o receio de rejeição se torna frequente.

Após a cirurgia, a mulher, em geral, sente dificuldade em lidar com o próprio corpo, recusa-se a olhar sua imagem no espelho, esconde o corpo dela mesma e da sociedade, pois se vê mutilada (RIBEIRO, 2006). A percepção de que a mama não está mais presente causa demasiado sofrimento, podendo revelar uma insatisfação e não aceitação dessa perda, o que pode ocasionar autodepreciação (DUARTE; ANDRADE, 2002).

A mastectomia, mesmo sendo parte de um procedimento ainda considerado o melhor para o tratamento do câncer de mama, deixa cicatrizes profundas no corpo e na subjetividade da mulher. E as cicatrizes são marcas características de uma alteração na imagem corporal e uma rotulação que pode afetar a autoimagem. A falta da mama agride o olhar e pode levar à adaptação ineficaz severa e ao afastamento social (ZECCHIN, 2004). Nesse sentido, a primeira

grande dificuldade a ser enfrentada pela mulher após a mastectomia é a sua própria aceitação, olhar-se no espelho e aceitar que o seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente se apresenta cheia de significados.

A diminuição da autoestima é um dos principais problemas encontrados depois de realizada a mastectomia, pois essa sensação de descontrole que provoca impotência diante da mutilação física e do medo de não ser aceita fisicamente pode levar a mulher a perder a capacidade em retomar a sua vida normalmente (MOURA *et al.*, 2010).

A baixa autoestima pode ainda dificultar o tratamento da enfermidade, pois o câncer de mama carrega um estigma com forte repercussão psicológica, que traz consigo um misto de sentimentos e sobrecarga emocional. Mediante a vulnerabilidade a que estão expostos os envolvidos nessa situação de estresse, isso favorece a desestruturação do seu aspecto biopsicossocial (MARCON; SALCI, 2009).

2.4 A AFRODITE E A SEXUALIDADE (A)FRODISÍACA

A sexualidade pode ser entendida como um componente importante da qualidade de vida das pessoas, visto que esta também envolve aspectos subjetivos que abrangem componentes presentes na sexualidade, como os relacionamentos afetivos (CORREIA *et al.*, 2016).

Em um estudo acerca da sexualidade de pessoas com doenças graves que ameaçam a continuidade da vida, Hordern e Currow (2003) abordam a sexualidade como algo intrinsecamente ligado à noção de totalidade da pessoa humana, o que é afetado por doenças que ameaçam a vida, como o câncer. Especialmente durante o tratamento, tal condição afeta o corpo humano, de forma a fazê-lo perder parte de sua funcionalidade e beleza, modificando seus padrões e exigindo que o paciente se ajuste a essa nova realidade.

Estudos apontam que a disfunção sexual, que é a dificuldade apresentada durante qualquer etapa do sexo, está presente em mais de 75% das mulheres que se submetem a tratamento oncológico e colabora para a redução da qualidade de vida das mesmas (DE ARAUJO *et al.*, 2019; TOLEDO; MENEZES; BARROS, 2021). Isso significa que a maioria das mulheres que realizam tratamento para o câncer apresentará algum tipo de problema relacionado à sua prática sexual, que pode refletir negativamente na sua qualidade de vida.

Tais efeitos não se restringem somente à esfera física e se somam a outros aspectos, de modo a afetar a vida das pacientes de diversas formas, o que pode provocar perdas e mudanças nos contextos psicológico, social e econômico delas e de seus familiares. Durante o tratamento,

as pacientes enfrentam condições de fragilidade física e experimentam sentimentos diversos, geralmente relacionados às expectativas quanto ao futuro ameaçado pela doença, com importante impacto no seu estado emocional e nas suas relações interpessoais (OLIVEIRA; CAVALCANTE; CARVALHO, 2019). Nessa perspectiva, um dos âmbitos que também pode sofrer os impactos do tratamento é a sexualidade, dada a possibilidade de desencadear alterações e dificuldades na prática sexual destes indivíduos.

Os seios, entre outros meios e linguagens corporais usados na conquista de relacionamentos, são considerados socialmente um símbolo ligado à sexualidade, ao erotismo e à capacidade de atrair o parceiro. Desse modo, algumas mulheres podem se sentir incomodadas pela ausência da mama, e podem passar por algumas mudanças relacionadas à intimidade com o companheiro, sentindo-se até constrangidas em ficar nuas na frente deles (GASPERELO *et al.*, 2010).

Por ser um órgão externo, a mama constitui uma identidade específica da mulher, e sua perda pode ser compreendida como uma desfiguração e induzi-la a não gostar de si e se achar desinteressante. Esse fato pode fazê-la acreditar que a sociedade também a visualiza da mesma maneira, a impelindo a se fechar no seu mundo, com medo de encarar a si e aos outros (RZEZNIK, 2000).

Arán *et al.* (1996) afirma que a mulher mastectomizada pode se sentir sexualmente repulsiva, podendo até evitar manter contatos sexuais. Dentre os sentimentos que podem surgir, destacam-se o medo de não ser mais atraente sexualmente e a sensação de diminuição da feminilidade, o que pode acarretar prejuízo na autoestima.

O receio em expor o local da cirurgia faz com que algumas mulheres busquem alternativas para se portar diante do companheiro, como por exemplo, não permanecer nua na presença dele, passar a dormir de sutiã ou uma camisa, de modo que a cicatriz permaneça coberta. Mudanças como essas podem, em muitos casos, provocar um impacto negativo na relação amorosa e, conseqüentemente, problemas sexuais (GASPARELO *et al.*, 2010).

Nesse sentido, embora a cirurgia traga um grande alívio, esse sentimento tem um curto período de duração. Quando a mulher se conscientiza cognitivo e emocionalmente, inicia-se um período de luto diante das perdas consecutivas (ÁRAN *et al.*, 1996). Durante esse processo, surge uma série de fantasias, angústias e medos que não cessam com a retirada do tumor. Há um misto de emoções que envolvem a imagem corporal, a sexualidade, o relacionamento familiar e social (PEREIRA, 2008). Desse modo, a consequência da cirurgia pode acarretar para a mulher prejuízos de ordem física, emocional e social (SAMPAIO, 2006). Isso porque a

mama representa o corpo feminino, sendo ainda considerada um símbolo cheio de sensualidade, com papel importante na vivência e na demonstração da feminilidade.

2.5 PSICO-ONCONCOLOGIA

A Psico-oncologia surgiu através da necessidade de relacionar e interligar os conhecimentos, pesquisas e interesses da Oncologia e da Psicologia. Atua preventivamente, quando o paciente recebe o diagnóstico, escutando suas angústias e medos, buscando identificar suas crenças em relação à doença, bem como seus mecanismos de defesa, com o objetivo de avaliar suas estratégias de enfrentamento, para que juntos possam fortalecê-las ou modificá-las (NEME, 2010; CANCIAM, 2012).

Segundo Kovacs (2008), no Brasil, o interesse pela área surgiu no final dos anos 70 e foram realizados diversos encontros, congressos e produções acadêmicas sobre o assunto. A criação da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia ocorreu em 1º de maio de 1994, com o objetivo de reunir profissionais e estudantes da área da saúde e afins à Psico-oncologia, visando à divulgação e o desenvolvimento dessa especialidade em todo o território nacional. Dessa forma, percebe-se a importância desta área de estudo, uma vez que é aplicada ao cuidado dos pacientes diagnosticados com neoplasia, seus familiares e profissionais de saúde envolvidos no tratamento.

Foi a partir da publicação da Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União, em 14 de outubro de 1998, que a atuação do profissional de Psicologia nos serviços de atendimento oncológico se tornou indispensável. Esta portaria determina a presença obrigatória do psicólogo nos serviços de suporte, como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia.

No Brasil, a atuação desses profissionais teve início em instituições particulares, com o desenvolvimento de pesquisas e atendimentos de grupos e, apesar de ser uma área de conhecimento multidisciplinar, a Psico-oncologia é majoritariamente desenvolvida por profissionais da Psicologia. O psico-oncologista tem como objetivo o cuidado e a atenção a todas as dores emocionais do paciente, incluindo os seus familiares, desde o diagnóstico e até mesmo após o óbito (CARVALHO, 2002).

Tendo em vista que esta especialidade profissional é muito recente e está em contínuo desenvolvimento, o psicólogo oncológico identifica possíveis variáveis psicossociais e cenários ambientais em que a sua intervenção auxilie o enfrentamento (COSTA JÚNIOR, 2001).

O psico-oncologista atua fornecendo suporte emocional ao paciente e sua família, orientando e informando-os, visando o fortalecimento egóico para melhor enfrentamento do tratamento do câncer, desde o pré-diagnóstico até o pós-tratamento, recidiva, progressão da doença, cuidados paliativos, aconselhamento genético e atendimento pós-óbito para os familiares (GASPAR, 2011; BIFULCO & FALEIROS, 2014).

Uma das funções do psicólogo oncologista é disponibilizar ao cuidador familiar um espaço onde sentimentos ambíguos como o medo, raiva, desespero e tantos outros que emergem diante da situação do adoecimento, possam vir à tona, sem preconceitos nem julgamentos, proporcionando uma escuta qualificada (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Sem dúvidas, a Psico-oncologia não cura o câncer, mas tem um papel fundamental em seu processo. O profissional da Psicologia assume a tarefa de enxergar o humano que habita aquele corpo. Auxilia o paciente e seu cuidador informal a se restabelecerem diante das modificações que a doença traz (CANCIAM, 2012).

O câncer não é apenas uma alteração biológica, seu diagnóstico traz consequências à estrutura psíquica da paciente e de seus familiares, podendo desestabilizar a vida de todos os envolvidos. Independente da abordagem psicoterapêutica escolhida e onde quer que o paciente esteja, seja em casa, na clínica ou no hospital, o psicólogo oncológico pode estar presente e fazer o acolhimento das demandas do paciente, ajudando-o a lidar com as emoções e medos e a encontrar recursos para melhorar sua qualidade de vida (MONTEIRO, SCHEIFLER LANG, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar se a Psico-oncologia tem influência na preservação da função psíquica, autoimagem e atividades sexuais em mulheres com diagnóstico de câncer de mama durante tratamento quimioterápico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a função psíquica da população estudada durante o tratamento quimioterápico;
- Analisar a variação da autoimagem destas pacientes durante a quimioterapia;
- Avaliar as atividades sexuais destas mulheres durante o planejamento quimioterápico.

4 MATERIAS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental. No desenvolvimento do mesmo, foram considerados, em todas as etapas, princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos com o número do parecer: 5.147.267 (Anexo 1).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma clínica oncológica privada, situada em Aracaju, capital e maior cidade do estado de Sergipe. Para garantir a realização das etapas do projeto, foi reservada e disponibilizada sala, computador e prontuários pela direção administrativa da clínica.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi composta por 80 pacientes diagnosticadas com câncer de mama, entre janeiro de 2018 a julho de 2021, recebendo tratamento adjuvante ou neoadjuvante, acima de 30 anos, com Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 (HER2) negativo, nos estadiamentos I, II e III, que realizaram protocolo de tratamento quimioterápico infusional com as medicações Doxorrubicina, Ciclofosfamida e Paclitaxel (protocolo AC-T), com finalidade curativa e que tivesse concluído todo o tratamento. A escolha dessa população foi realizada pelo corpo clínico (médicos) por afirmarem ser um protocolo mais assertivo e com altas possibilidade de performance clínica. A seleção amostral foi não probabilística por conveniência.

Adotou-se como critério de exclusão, mulheres com outras neoplasias (ex: pulmão, estômago e etc.), mesmo que posteriormente tivessem comprometimento de mamas, e pacientes em cuidados paliativos exclusivos.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Na primeira fase, foram encontradas no sistema de informação da clínica as pacientes diagnosticadas com câncer de mama (entre 2018 e 2021) que atenderam ao critério de inclusão.

Posteriormente, os prontuários das pacientes foram analisados, lidos e os dados de interesse da pesquisa tabulados com as informações de cada fase do tratamento.

Os dados investigados foram os resultados dos instrumentos utilizados antes da primeira sessão de quimioterapia (C1), na quinta sessão (S1 – dois meses depois do início do tratamento) e na décima sexta (S12 – última sessão). Tais instrumentos foram o *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC QLQ-C30), *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) *Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (QLQ-BR23), o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e os dados sociodemográficos das pacientes. Esses momentos C1, S1 e S12 foram escolhidos por se tratarem do início, meio e fim do tratamento.

Por possuir questões íntimas do universo feminino, os questionários QLQ-C30 e o QLQ-BR23, foram aplicados pela enfermeira que acompanhava cada paciente. Para tal, houve treinamento anterior com toda a equipe de enfermagem. O HADS, por possuir um risco menor de viés ou constrangimento por parte das pacientes, foi aplicado pelo serviço de psicologia.

Ressalta-se que todos os instrumentos são validados no país, utilizando a linguagem adequada ao nosso idioma. O QLQ-C30 investiga a qualidade de vida do paciente e o QLQ-BR23 é um questionário específico para câncer de mama. Já o HADS, faz o levantamento de risco (baixo, moderado e alto) de ansiedade e depressão. Todos eles são estabelecidos pela gerência assistencial da Oncoclínicas e inseridos no prontuário eletrônico.

Foram extraídas dos prontuários eletrônicos (FOR CARE) as variáveis: idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, estadiamento, modalidade de tratamento, adesão ao serviço de Psico-oncologia, sintomas psíquicos e estratégias de enfrentamento. Estes dois últimos quesitos são constructos do próprio serviço da clínica, não sendo permitido incluir ou retirar nenhuma questão.

Considerou-se, na estratégia suporte social, qualquer membro da família ou pessoa de relevância e aproximação com a paciente, permanecendo assim durante todo o tratamento quimioterápico.

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Em relação aos questionários EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-BR23, conforme orientação do grupo responsável pela sua construção, na aplicação às participantes do presente estudo, em cada escala, os escores variaram de 0 a 100 pontos, sendo que, quanto mais alto o

escore total mais próximo de níveis saudáveis se encontrava a participante (FAYERS *et al.*, 2001).

A análise dos questionários teve início com o cálculo do escore bruto (EB) de cada um dos domínios (função emocional, preservação da autoimagem e funções sexuais). O EB é obtido pela soma dos escores das questões e dividido pelo número de itens que compõem cada um dos domínios. O cálculo é feito utilizando a fórmula: $EB = (q1 + q2 + q3 + qn)$. A partir deste, iniciou-se a transformação linear (escores de zero a cem), que seguiu os seguintes passos: $Escore = \{[1-(EB-1)]\} / \text{variação} \times 100$.

Para a análise do HADS, foram considerados os escores determinados pelo instrumento: risco mínimo (zero a oito pontos), risco moderado (nove a quatorze pontos) e alto (quinze a vinte e um pontos). Para o TD, o ponto de corte para interpretação dos riscos foi: zero a quatro pontos (mínimo), de cinco a sete (moderado) e oito a dez (alto). Os dados sociodemográficos foram avaliados por meio de uma análise descritiva das variáveis do formulário, para caracterização da amostra.

Destaca-se que é através da análise do HADS e do TD, que é definida a classificação de risco para depressão/ansiedade e, assim, elaborado o planejamento para a realização do acompanhamento psicológico. Conforme o protocolo assistencial da Oncoclínicas, o intervalo entre as sessões é de vinte um a trinta dias (se risco mínimo), quinze a vinte um (se risco moderado) e semanal (caso risco alto). As consultas foram realizadas no horário de tratamento, ou associado a outras consultas (médica, odontológica ou nutricional), ou horário que o desejado pelo paciente.

Para análise da adesão, adesão parcial e não adesão, ao serviço de psico-oncologia, foi considerado a assiduidade da paciente conforme o planejamento realizado com a mesma. Compreende-se adesão, a paciente que realizou todas as sessões. Adesão parcial, a realização de parte do quantitativo estimulado no início do tratamento e a não adesão, as mulheres que não desejaram ter acompanhamento com o serviço de psicologia, por apresentar resistência ao serviço, realizar psicoterapia clínica, sentir-se desconfortável em ser atendida por um profissional ser do sexo masculino ou ter vínculo de amizade com o mesmo.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de mediana e intervalo interquartil. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. A hipótese de aderência das variáveis contínuas à distribuição normal foi testada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Uma vez que esta não foi confirmada, a hipótese de igualdade de distribuições num desenho pareado foi testada por meio

do teste de Friedman e as múltiplas comparações foram testadas por meio do teste de Conover. Para avaliar o efeito da adesão à psicoterapia nas dimensões propostas foi utilizado o modelo de regressão linear misto. O software utilizado foi o *R Core Team* 2021 (Versão 4.1.0) e o nível de significância adotado foi de 5%.

5 RESULTADOS

Neste trabalho, foram analisados 80 prontuários de pacientes em tratamento de câncer de mama. Os aspectos sociodemográficos pesquisados foram idade, escolaridade, estado civil, quantidade de filhos, estadiamento, modalidade do tratamento, realização de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico anterior ao diagnóstico, principais sintomas psíquicos do tratamento, estratégias de enfrentamento da doença e se houve encaminhamento para profissionais da Psicologia e psiquiatria.

As características gerais dos participantes e os dados sociodemográficos estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 — Caracterização geral das mulheres integrantes da amostra

| | n | % |
|---|----------|----------|
| Idade | | |
| 30-39 | 11 | 13,8 |
| 40-49 | 20 | 25,0 |
| 50-59 | 23 | 28,8 |
| 60-69 | 20 | 25,0 |
| 70-79 | 5 | 6,3 |
| 80-89 | 1 | 1,3 |
| Escolaridade | | |
| Fundamental | 8 | 10,0 |
| Médio | 35 | 43,8 |
| Superior | 30 | 37,5 |
| Pós-graduação | 7 | 8,8 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro | 15 | 18,8 |
| Casado | 52 | 65,0 |
| Divorciado | 3 | 3,8 |
| Viúvo | 10 | 12,5 |
| Número de Filhos | | |
| 0 | 19 | 23,8 |
| 1 | 13 | 16,3 |
| 2 | 32 | 40,0 |
| 3 | 11 | 13,8 |
| 4 | 4 | 5,0 |
| 9 | 1 | 1,3 |
| Estadiamento | | |
| I | 13 | 16,2 |
| II | 35 | 43,8 |
| III | 32 | 40,0 |
| Modalidade de Tratamento | | |
| Adjuvante | 36 | 45,0 |
| Neoadjuvante | 44 | 55,0 |
| Realizou algum acompanhamento Psicológico antes do tratamento | | |
| Sim | 16 | 20,0 |
| Não | 64 | 80,0 |
| Realizou algum acompanhamento Psiquiátrico antes do tratamento | | |

| | | |
|-------------------------------------|----|------|
| Sim | 5 | 6,3 |
| Não | 75 | 93,8 |
| Sintomas Psíquicos | | |
| Medo | 64 | 80,0 |
| Angústia | 56 | 70,0 |
| Tristeza | 50 | 62,5 |
| Choro fácil | 35 | 43,8 |
| Ansiedade | 34 | 42,5 |
| Insegurança | 34 | 42,5 |
| Aceitação | 28 | 35,0 |
| Baixa Estima | 23 | 28,8 |
| Inquietação | 22 | 27,5 |
| Frustração | 21 | 26,3 |
| Desesperança | 18 | 22,5 |
| Conflito mente/corpo | 10 | 12,5 |
| Limitação de Atividade | 10 | 12,5 |
| Culpa | 9 | 11,3 |
| Alteração do Apetite | 7 | 8,8 |
| Revolta | 7 | 8,8 |
| Fantasia Distorcidas | 6 | 7,5 |
| Desamparo | 4 | 5,0 |
| Racionalização | 3 | 3,8 |
| Isolamento | 2 | 2,5 |
| Ganho Secundário | 1 | 1,3 |
| Estratégias de enfrentamento | | |
| Confronto | 72 | 90,0 |
| Suporte Social | 71 | 88,8 |
| Aceitação | 64 | 80,0 |
| Resolução do Problema | 61 | 76,3 |
| Autocontrole | 34 | 42,5 |
| Reavaliação Positiva | 26 | 32,5 |
| Afastamento Social | 3 | 3,8 |
| Encaminhamento Externo | | |
| Psicólogo | 11 | 13,8 |
| Psicólogo/Psiquiatra | 3 | 3,8 |
| Não | 66 | 82,5 |
| Adesão | | |
| Suficiente | 44 | 55,0 |
| Insuficiente | 6 | 7,5 |
| Não adesão | 30 | 37,5 |
| Função Emocional | | |
| Alterado | 35 | 43,8 |
| Normal | 45 | 56,3 |
| Função Social | | |
| Alterado | 38 | 47,5 |
| Normal | 42 | 52,5 |
| Preservação da Imagem | | |
| Alterado | 39 | 48,8 |
| Normal | 41 | 51,3 |
| Função Sexual | | |
| Alterado | 78 | 97,5 |
| Normal | 2 | 2,5 |
| Prazer Sexual | | |
| Alterado | 78 | 97,5 |
| Normal | 2 | 2,5 |
| HADS Ansiedade | | |

| | | |
|----------------------------|----|------|
| Mínimo | 37 | 46,3 |
| Moderado | 21 | 26,3 |
| Alto | 22 | 27,5 |
| HADS Depressão | | |
| Mínimo | 40 | 50,0 |
| Moderado | 20 | 25,0 |
| Alto | 20 | 25,0 |
| Termômetro Distress | | |
| Mínimo | 42 | 52,5 |
| Moderado | 20 | 25,0 |
| Alto | 18 | 22,5 |

Legenda: n – frequência absoluta. % - frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão.

Com base nos resultados do EORTC QLQ-C30 verificou-se que, dentre as pacientes com função emocional com baixa pontuação, 34,4% apresentaram aceitação, 17,1% alteração do apetite, 77,1% angústia, 48,6% ansiedade, 34,3% baixa estima, 40% choro fácil, 17,1% conflito entre mente/corpo, 14,3% culpa, 8,6% desamparo, 25,7% desesperança, 11,4% fantasias distorcidas, 37,1% frustração, 2,9% ganho secundário, 25,7% inquietação, 48,6% insegurança, 2,9% isolamento, 14,3% limitação de atividade, 85,7% medo, 2,9% racionalização, 11,4% revolta e 65,7% tristeza. Das que demonstraram função emocional com alta pontuação, 35,6% apresentaram aceitação, 2,2% alteração do apetite, 64,4% angústia, 37,8% ansiedade, 24,4% baixa estima, 46,7% choro fácil, 8,9% conflito entre mente/corpo, 8,9% culpa, 2,2% desamparo, 20% desesperança, 4,4% fantasias distorcidas, 17,8% frustração, 28,9% inquietação, 37,8% insegurança, 2,2% isolamento, 11,1% limitação de atividade, 75,6% medo, 4,4% racionalização, 6,7% revolta e 60% tristeza.

Verificou-se, dentre as pacientes com baixa pontuação na função emocional, que as estratégias de enfrentamento foram assim distribuídas: 68,6% afirmaram aceitar o tratamento, 2,9% tiveram afastamento social, 40% auto controle, 88,6% confronto, 34,3% reavaliação positiva, 62,9% resolução dos problemas, 77,1% suporte social. Entre aquelas que apresentaram alta pontuação na função emocional, 89,9% aceitaram o tratamento, 4,4% demonstraram afastamento social, 44,4% autocontrole, 91,1% confronto com a doença, 31,1% reavaliação positiva, 86,7% resolução dos problemas e 97,8% suporte social.

Para os indicadores da função emocional e da variável adesão ao acompanhamento com o serviço de Psico-oncologia, verificou-se que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 22,9% apresentaram adesão suficiente, 17,1% insuficiente e 60% não aderiram; dentre as que apresentaram função emocional com alta pontuação, 80% demonstraram adesão suficiente, nenhuma paciente apresentou índice insuficiente e 20% não aderiram. Além disso, as pacientes com alta pontuação foram menos encaminhadas para o serviço psicológico e psiquiátrico.

Tabela 2 — Resultados do EORTC QLQ-C30

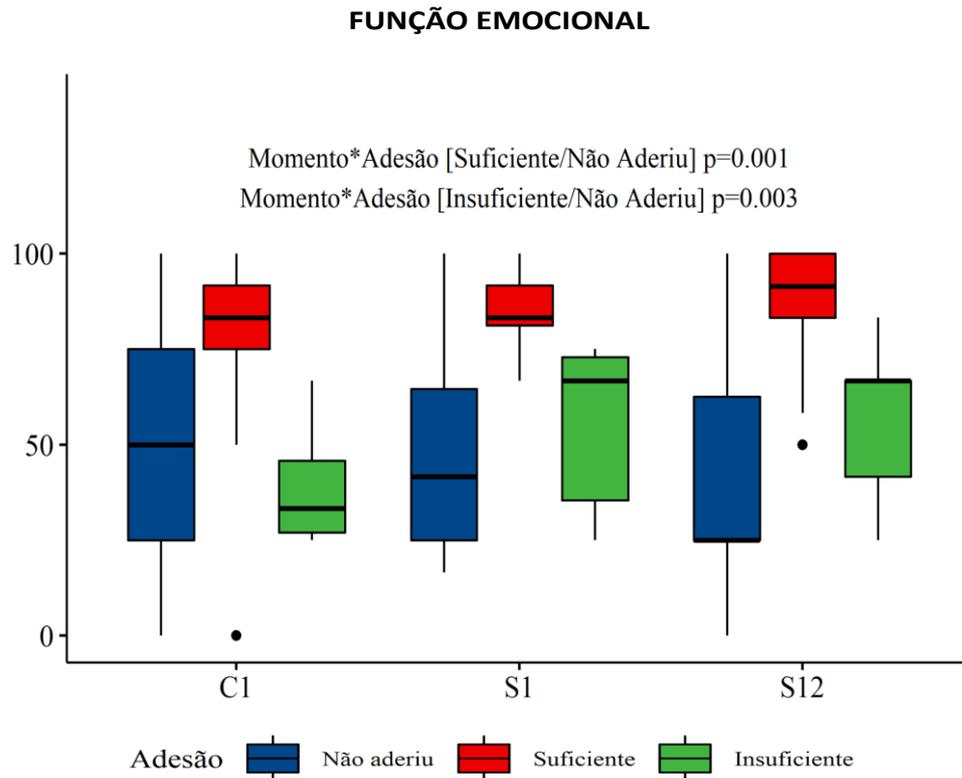
| | Função Emocional | | p-valor |
|--|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | Baixa pontuação (n=35) | Alta pontuação (n=45) | |
| Sintomas Psíquicos, n (%) | | | |
| Aceitação | 12 (34,3) | 16 (35,6) | 1,000 ^F |
| Alteração do Apetite | 6 (17,1) | 1 (2,2) | 0,039^F |
| Angústia | 27 (77,1) | 29 (64,4) | 0,325 ^F |
| Ansiedade | 17 (48,6) | 17 (37,8) | 0,369 ^F |
| Baixa Estima | 12 (34,3) | 11 (24,4) | 0,456 ^F |
| Choro fácil | 14 (40) | 21 (46,7) | 0,651 ^F |
| Conflito mente/corpo | 6 (17,1) | 4 (8,9) | 0,320 ^F |
| Culpa | 5 (14,3) | 4 (8,9) | 0,494 ^F |
| Desamparo | 3 (8,6) | 1 (2,2) | 0,314 ^F |
| Desesperança | 9 (25,7) | 9 (20) | 0,596 ^F |
| Fantasia Distorcidas | 4 (11,4) | 2 (4,4) | 0,396 ^F |
| Frustração | 13 (37,1) | 8 (17,8) | 0,073 ^F |
| Ganho Secundário | 1 (2,9) | 0 (0) | 0,437 ^F |
| Inquietação | 9 (25,7) | 13 (28,9) | 0,805 ^F |
| Insegurança | 17 (48,6) | 17 (37,8) | 0,369 ^F |
| Isolamento | 1 (2,9) | 1 (2,2) | 1,000 ^F |
| Limitação de Atividade | 5 (14,3) | 5 (11,1) | 0,741 ^F |
| Medo | 30 (85,7) | 34 (75,6) | 0,399 ^F |
| Racionalização | 1 (2,9) | 2 (4,4) | 1,000 ^F |
| Revolta | 4 (11,4) | 3 (6,7) | 0,693 ^F |
| Tristeza | 23 (65,7) | 27 (60) | 0,647 ^F |
| Estratégias de enfrentamento, n (%) | | | |
| Aceitação | 24 (68,6) | 40 (88,9) | 0,046^F |
| Afastamento Social | 1 (2,9) | 2 (4,4) | 1,000 ^F |
| Autocontrole | 14 (40) | 20 (44,4) | 0,820 ^F |
| Confronto | 31 (88,6) | 41 (91,1) | 0,724 ^F |
| Reavaliação Positiva | 12 (34,3) | 14 (31,1) | 0,813 ^F |
| Resolução do Problema | 22 (62,9) | 39 (86,7) | 0,018^F |
| Suporte Social | 27 (77,1) | 44 (97,8) | 0,009^F |
| Encaminhamento Externo, n (%) | | | |
| Psicólogo | 10 (28,6) | 1 (2,2) | <0,001^F |
| Psicólogo/Psiquiatra | 3 (8,6) | 0 (0) | |
| Não | 22 (62,9) | 44 (97,8) | |
| Adesão, n (%) | | | |
| Suficiente | 8 (22,9) | 36 (80) | <0,001^Q |
| Insuficiente | 6 (17,1) | 0 (0) | |
| Não adesão | 21 (60) | 9 (20) | |

Legenda: n – frequência absoluta. % - frequência relativa percentual. F – Teste Exato de Fisher. Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson.

De acordo com a Figura 1, a função emocional, foi dividida entre os pacientes que aderiram à psicoterapia suficientemente ou insuficientemente e os que não aderiram. Podemos observar que, para a função emocional, os grupos que aderiram à psicoterapia

suficientemente ($p = 0,001$) ou insuficientemente ($p = 0,003$) progrediram melhor ao longo das etapas em comparação ao o grupo que não aderiu.

Figura 1 — Distribuição das pacientes que tiveram adesão, adesão insuficiente e não adesão



De acordo com os resultados do EORTC QLQ- BR23, especificamente no domínio da preservação da autoimagem, verificou-se que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 30,8% apresentaram aceitação, 2,6% alteração do apetite, 69,2% angústia, 51,3% ansiedade, 25,6% baixa estima, 33,3% choro fácil, 15,4% conflito entre mente/corpo, 5,1% culpa, 10,3% desamparo, 15,4% desesperança, 7,7% fantasias distorcidas, 28,2% frustração, 25,6% inquietação, 53,8% insegurança, 2,6% isolamento, 10,3% limitação de atividade, 76,9% medo, 5,1% racionalização, 5,1% revolta e 74,4% tristeza. Das pacientes com alta pontuação, 39% apresentaram aceitação, 4,6% alteração do apetite, 70,7% angústia, 34,1% ansiedade, 31,7% baixa estima, 53,7% choro fácil, 9,8% conflito entre mente/corpo, 17,1% culpa, 29,3% desesperança, 7,3% fantasias distorcidas, 24,4% frustração, 2,4% ganho secundário, 29,3% inquietação, 31,7% insegurança, 2,4% isolamento, 14,6% limitação de atividade, 82,9% medo, 2,4% racionalização, 12,2% revolta e 51,2% tristeza.

A respeito das estratégias de enfrentamento, das pacientes com baixa pontuação 82,1% afirmaram aceitar o tratamento, 33,3% demonstraram autocontrole, 92,3% confronto, 25,6%

reavaliação positiva, 71,8% resolução dos problemas e 87,2% suporte social. Dentre as que apresentaram pontuação alta, 78% aceitaram o tratamento, 7,3% demonstraram afastamento social, 51,2% autocontrole, 87,8% confronto com a doença, 39% reavaliação positiva, 80,5% resolução dos problemas e 90,2% suporte social.

Ao comparar os indicadores da preservação da autoimagem (normal e alterada) com a variável adesão ao acompanhamento do serviço de Psico-oncologia, verificou-se que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 46,2% apresentaram adesão suficiente, 5,1% insuficiente e 48,7% não aderiram. Das que apresentaram pontuação elevada, 63,4% aderiram de maneira suficiente, 9,8% apresentaram índice insuficiente e 26,8% não aderiram.

Tabela 3 — Resultados do EORTC QLQ-BR23 para o domínio preservação da imagem

| | Preservação da Imagem | | p-valor |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Baixa Pontuação (n=39) | Alta Pontuação (n=41) | |
| Sintomas Psíquicos, n (%) | | | |
| Aceitação | 12 (30,8) | 16 (39) | 0,488 ^F |
| Alteração do Apetite | 1 (2,6) | 6 (14,6) | 0,109 ^F |
| Angústia | 27 (69,2) | 29 (70,7) | 1,000 ^F |
| Ansiedade | 20 (51,3) | 14 (34,1) | 0,175 ^F |
| Baixa Estima | 10 (25,6) | 13 (31,7) | 0,625 ^F |
| Choro fácil | 13 (33,3) | 22 (53,7) | 0,076 ^F |
| Conflito mente/corpo | 6 (15,4) | 4 (9,8) | 0,513 ^F |
| Culpa | 2 (5,1) | 7 (17,1) | 0,156 ^F |
| Desamparo | 4 (10,3) | 0 (0) | 0,052 ^F |
| Desesperança | 6 (15,4) | 12 (29,3) | 0,183 ^F |
| Fantasias Distorcidas | 3 (7,7) | 3 (7,3) | 1,000 ^F |
| Frustração | 11 (28,2) | 10 (24,4) | 0,801 ^F |
| Ganho Secundário | 0 (0) | 1 (2,4) | 1,000 ^F |
| Inquietação | 10 (25,6) | 12 (29,3) | 0,805 ^F |
| Insegurança | 21 (53,8) | 13 (31,7) | 0,070 ^F |
| Isolamento | 1 (2,6) | 1 (2,4) | 1,000 ^F |
| Limitação de Atividade | 4 (10,3) | 6 (14,6) | 0,738 ^F |
| Medo | 30 (76,9) | 34 (82,9) | 0,582 ^F |
| Racionalização | 2 (5,1) | 1 (2,4) | 0,611 ^F |
| Revolta | 2 (5,1) | 5 (12,2) | 0,433 ^F |
| Tristeza | 29 (74,4) | 21 (51,2) | 0,040^F |
| Estratégias de enfrentamento, n (%) | | | |
| Aceitação | 32 (82,1) | 32 (78) | 0,782 ^F |
| Afastamento Social | 0 (0) | 3 (7,3) | 0,241 ^F |
| Autocontrole | 13 (33,3) | 21 (51,2) | 0,119 ^F |
| Confronto | 36 (92,3) | 36 (87,8) | 0,713 ^F |
| Reavaliação Positiva | 10 (25,6) | 16 (39) | 0,238 ^F |
| Resolução do Problema | 28 (71,8) | 33 (80,5) | 0,435 ^F |
| Suporte Social | 34 (87,2) | 37 (90,2) | 0,734 ^F |

| Adesão, n (%) | | | |
|----------------------|-----------|-----------|--------------------|
| Suficiente | 18 (46,2) | 26 (63,4) | 0,125 ^Q |
| Insuficiente | 2 (5,1) | 4 (9,8) | |
| Não adesão | 19 (48,7) | 11 (26,8) | |

Legenda: n – frequência absoluta. % - frequência relativa percentual. F – Teste Exato de Fisher. Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson

Para o domínio da função sexual, foi possível verificar que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 34,6% apresentaram aceitação, 9% alteração do apetite, 69,2% angústia, 43,6% ansiedade, 28,2% baixa estima, 43,6% choro fácil, 12,8% conflito entre mente/corpo, 11,5% culpa, 5,1% desamparo, 21,8% desesperança, 7,7% fantasias distorcidas, 26,9% frustração, 1,3% ganho secundário, 26,9% inquietação, 43,6% insegurança, 2,6% isolamento, 12,8% limitação de atividade, 79,5% medo, 3,8% racionalização, 7,7% revolta, e 64,1% tristeza. Entretanto, das que apresentaram pontuação alta, 50% demonstraram aceitação, 100% angústia, 50% baixa estima, 50% choro fácil, 50% desesperança, 50% inquietação, 100% medo e 50% revolta.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas pacientes com baixa pontuação, 79,5% afirmaram aceitar o tratamento, 3,8% tinham afastamento social, 42,3% autocontrole, 91% confronto, 33,3% reavaliação positiva, 75,6% resolução dos problemas e 88,5% suporte social. Das que tiveram alta pontuação, 100% estavam voltadas para a resolução dos problemas e 100% suporte social como estratégia.

Com relação à adesão ao acompanhamento com o serviço de Psico-oncologia, verificou-se que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 53,8% apresentaram adesão suficiente, 7,7% insuficiente e 38,7% não aderiram. Entre as pacientes com alta pontuação, 100% apresentaram adesão suficiente.

Tabela 4 — Resultados do EORTC QLQ-BR23 para o domínio função sexual

| | Função Sexual | | p-valor |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| | Baixa Pontuação (n=78) | Alta Pontuação (n=2) | |
| Sintomas Psíquicos, n (%) | | | |
| Aceitação | 27 (34,6) | 1 (50) | 1,000 ^F |
| Alteração do Apetite | 7 (9) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Angústia | 54 (69,2) | 2 (100) | 1,000 ^F |
| Ansiedade | 34 (43,6) | 0 (0) | 0,505 ^F |
| Baixa Estima | 22 (28,2) | 1 (50) | 0,495 ^F |
| Choro fácil | 34 (43,6) | 1 (50) | 1,000 ^F |
| Conflito mente/corpo | 10 (12,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Culpa | 9 (11,5) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Desamparo | 4 (5,1) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Desesperança | 17 (21,8) | 1 (50) | 0,402 ^F |

| | | | |
|--|-----------|---------|--------------------|
| Fantasia Distorcidas | 6 (7,7) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Frustração | 21 (26,9) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Ganho Secundário | 1 (1,3) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Inquietação | 21 (26,9) | 1 (50) | 0,477 ^F |
| Insegurança | 34 (43,6) | 0 (0) | 0,505 ^F |
| Isolamento | 2 (2,6) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Limitação de Atividade | 10 (12,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Medo | 62 (79,5) | 2 (100) | 1,000 ^F |
| Racionalização | 3 (3,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Revolta | 6 (7,7) | 1 (50) | 0,168 ^F |
| Tristeza | 50 (64,1) | 0 (0) | 0,138 ^F |
| Estratégias de enfrentamento, n (%) | | | |
| Aceitação | 62 (79,5) | 2 (100) | 1,000 ^F |
| Afastamento Social | 3 (3,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Autocontrole | 33 (42,3) | 1 (50) | 1,000 ^F |
| Confronto | 71 (91) | 1 (50) | 0,191 ^F |
| Reavaliação Positiva | 26 (33,3) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Resolução do Problema | 59 (75,6) | 2 (100) | 1,000 ^F |
| Suporte Social | 69 (88,5) | 2 (100) | 1,000 ^F |
| Adesão, n (%) | | | |
| Suficiente | 42 (53,8) | 2 (100) | 0,579 ^Q |
| Insuficiente | 6 (7,7) | 0 (0) | |
| Não adesão | 30 (38,5) | 0 (0) | |

Legenda: n – frequência absoluta. % - frequência relativa percentual. F – Teste Exato de Fisher. Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Ainda sobre o EORTC QLQ-BR23, no domínio prazer sexual, verificou-se que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 33,3% apresentaram aceitação, 9% alteração do apetite, 70,5% angústia, 43,6% ansiedade, 29,5% baixa estima, 44,9% choro fácil, 12,8% conflito entre mente/corpo, 11,5% culpa, 5,1% desamparo, 21,8% desesperança, 7,7% fantasias distorcidas, 26,9% frustração, 1,3% ganho secundário, 28,2% inquietação, 42,3% insegurança, 2,6% isolamento, 12,8% limitação de atividade, 80,8% medo, 3% racionalização, 9% revolta e 61,5% tristeza. Das que obtiveram pontuação alta, 100% demonstraram aceitação, 50% angústia, 50% desesperança, 50% insegurança, 50% medo e 100% tristeza.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas pacientes com baixa pontuação foram: 80,8% aceitação, 3,8% afastaram-se socialmente, 43,6% autocontrole, 89,7% confronto, 33,3% reavalição positiva, 76,9% resolução dos problemas e 89,7% suporte social. Das que apresentaram alta pontuação, 50% aceitaram o tratamento, 100% confronto com a doença, 50% resolução dos problemas e 50% suporte social.

No que diz refere à adesão ao acompanhamento com o serviço de Psico-oncologia, verificou-se que, dentre as pacientes com baixa pontuação, 56,4% apresentaram adesão

suficiente, 6,4% insuficiente e 37,2% não aderiram. Dentre as pacientes com alta pontuação, 50% demonstraram índice insuficiente e 50% não aderiram.

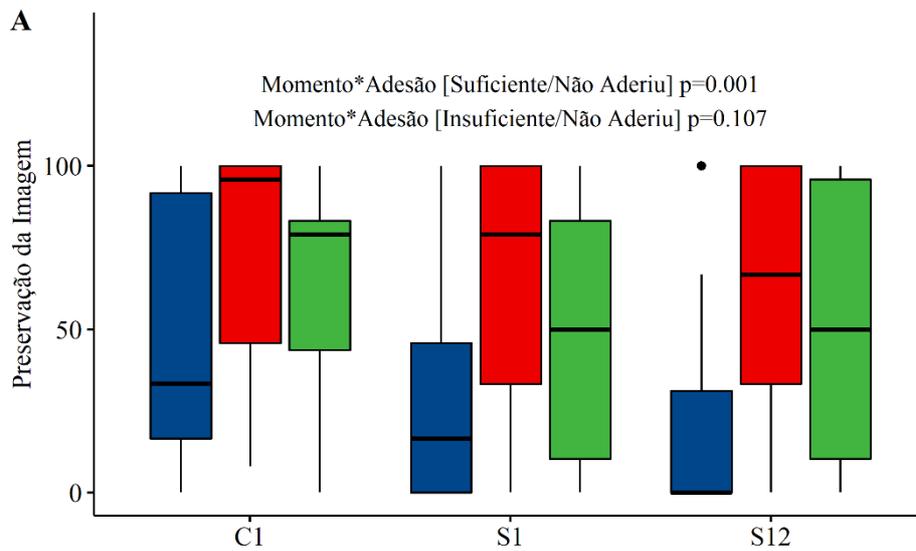
Tabela 5 — Resultados do EORTC QLQ-BR23 para o domínio prazer sexual

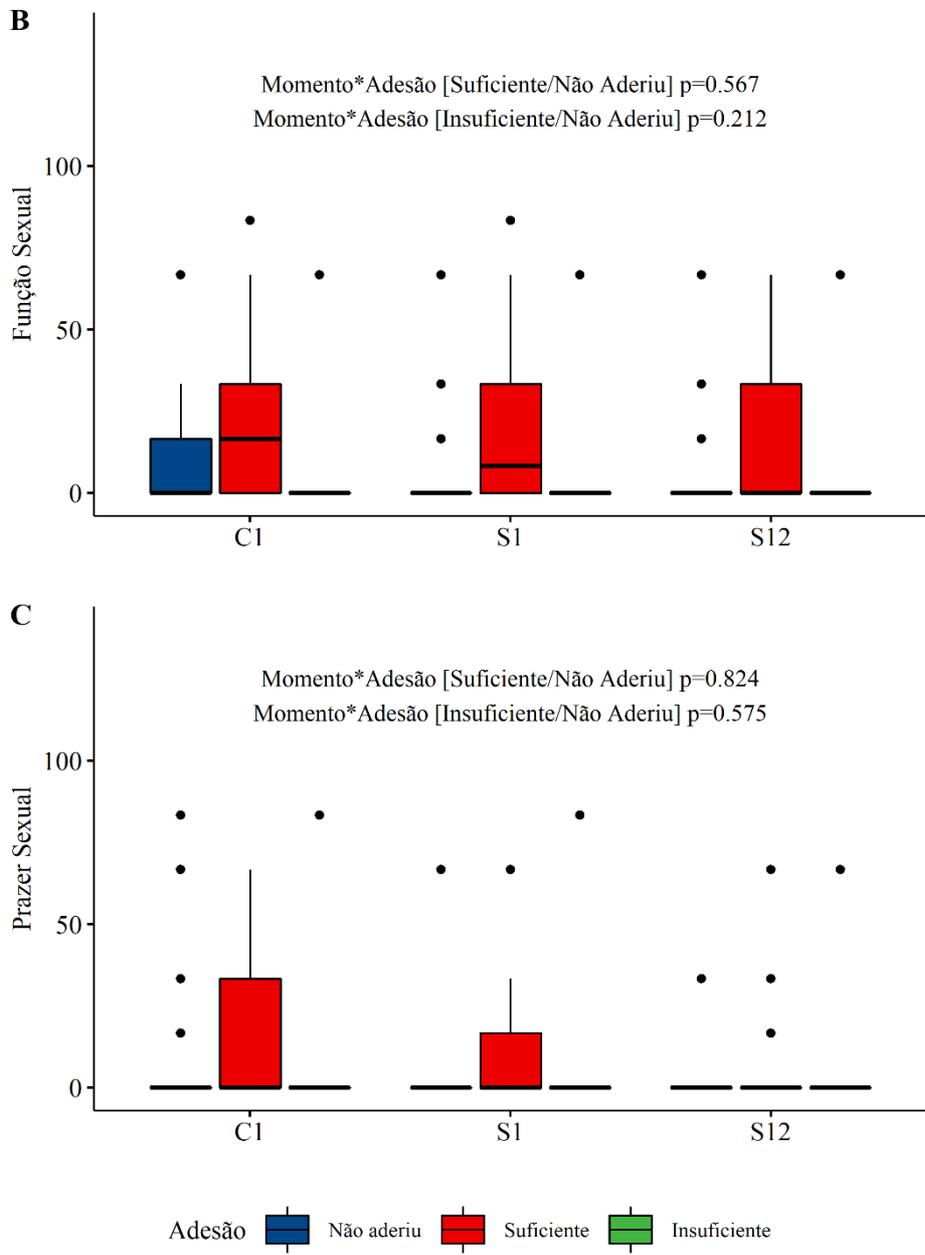
| | Prazer Sexual | | p-valor |
|--|------------------------|----------------------|--------------------|
| | Baixa Pontuação (n=78) | Alta Pontuação (n=2) | |
| Sintomas Psíquicos, n (%) | | | |
| Aceitação | 26 (33,3) | 2 (100) | 0,120 ^F |
| Alteração do Apetite | 7 (9) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Angústia | 55 (70,5) | 1 (50) | 0,513 ^F |
| Ansiedade | 34 (43,6) | 0 (0) | 0,505 ^F |
| Baixa Estima | 23 (29,5) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Choro fácil | 35 (44,9) | 0 (0) | 0,502 ^F |
| Conflito mente/corpo | 10 (12,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Culpa | 9 (11,5) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Desamparo | 4 (5,1) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Desesperança | 17 (21,8) | 1 (50) | 0,402 ^F |
| Fantasia Distorcidas | 6 (7,7) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Frustração | 21 (26,9) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Ganho Secundário | 1 (1,3) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Inquietação | 22 (28,2) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Insegurança | 33 (42,3) | 1 (50) | 1,000 ^F |
| Isolamento | 2 (2,6) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Limitação de Atividade | 10 (12,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Medo | 63 (80,8) | 1 (50) | 0,362 ^F |
| Racionalização | 3 (3,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Revolta | 7 (9) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Tristeza | 48 (61,5) | 2 (100) | 0,525 ^F |
| Estratégias de enfrentamento, n (%) | | | |
| Aceitação | 63 (80,8) | 1 (50) | 0,362 ^F |
| Afastamento Social | 3 (3,8) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Autocontrole | 34 (43,6) | 0 (0) | 0,505 ^F |
| Confronto | 70 (89,7) | 2 (100) | 1,000 ^F |
| Reavaliação Positiva | 26 (33,3) | 0 (0) | 1,000 ^F |
| Resolução do Problema | 60 (76,9) | 1 (50) | 0,421 ^F |
| Suporte Social | 70 (89,7) | 1 (50) | 0,214 ^F |
| Adesão, n (%) | | | |
| Suficiente | 44 (56,4) | 0 (0) | 0,064 ^Q |
| Insuficiente | 5 (6,4) | 1 (50) | |
| Não adesão | 29 (37,2) | 1 (50) | |

Legenda: n – frequência absoluta. % - frequência relativa percentual. F – Teste Exato de Fisher. Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Os *boxplots* (Figura 2) dos escores da preservação da imagem mostram as variáveis função sexual e prazer sexual, divididos entre os pacientes que aderiram à psicoterapia suficientemente ou insuficientemente e os que não aderiram. Podemos observar que, para a preservação da imagem, o grupo que aderiu à psicoterapia suficientemente ($p = 0,001$) diminuiu a pontuação ao longo das etapas mais lentamente em comparação ao grupo que não aderiu.

Figura 2 — Distribuição das pacientes que tiveram adesão, adesão insuficiente e não adesão





6 DISCUSSÃO

O estudo em questão foi desenvolvido com 80 mulheres na faixa etária de 30 a 89 anos de idade, apresentando um número maior entre os 40 e 69 anos, o que entra em consonância com os dados apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019), ao apontar que a incidência e mortalidade tendem a crescer de forma expressiva a partir dos 40 anos.

Quanto ao nível de escolaridade, 43,8% concluíram o ensino médio, o que representa a maioria, entretanto, é um índice próximo ao das que concluíram o ensino superior: 37,5%. Constatou-se também, no que tange ao estado civil, que 65% são casadas e 40% têm, pelo menos, dois filhos. Segundo Martínez *et al.* (2017), os laços conjugais tendem a aumentar a rede social, não somente por ter um parceiro, mas também por ter acesso aos laços da rede dele.

Mess *et al.* (2021) apontam, em seu estudo, que a ansiedade está, de forma significativa, associada ao nível de escolaridade, enquanto a depressão associa-se, principalmente, ao estado civil. Em relação à escolaridade, há a ideia de que isso acontece porque quanto maior a graduação, mais informações a mulher possui, diminuindo assim o seu nível de ansiedade.

De acordo com os estudos do autor supracitado, os problemas de saúde mais presentes no momento do diagnóstico envolvem o campo psicológico. Mais da metade das entrevistadas relataram sentir medo (80%), angústia (76%) e tristeza (62,5%), sendo estes os sintomas psíquicos mais presentes. As causas que podem produzir tais sintomas são de diversas origens e fatores, afetando principalmente a qualidade de vida.

Tratando-se de sintomas psíquicos, diversos autores como Fonseca (2017), Lima (2018), Chambers (2019) e Mairink (2020), destacam que as mamas são consideradas um símbolo para a sexualidade feminina, e que diante do diagnóstico de câncer de mama a mulher vivencia sentimentos negativos como inquietação, desespero, tristeza, chateação, pavor da morte, incertezas, ansiedade, medo, depressão, frustração, perda de feminilidade, da preservação da autoimagem e outros.

Esses sintomas acima descritos, foram encontrados neste estudo, principalmente nas mulheres que apresentaram baixa pontuação no EORTC QLQ-C30, a exemplo de 42,5% das pacientes que tiveram ansiedade, 37,1% frustração e 27,5% inquietação.

As estratégias de enfrentamento mais presentes foram o confronto, relatado por 90% das mulheres, suporte social com 88,8%, aceitação 80%, e resolução do problema 76,3%. Estudos comprovam a importância de estratégias de enfrentamento positivas perante a doença. As pacientes que sobrevivem ao câncer de mama, em sua maioria, são aquelas que o consideram como um desafio a ser enfrentado, e não um martírio ou um fim. Sendo assim, conforme Schou

(2021), a Psico-oncologia pode auxiliar também na permanência ou readequação de estratégias de enfrentamento, para que elas estejam cada vez mais saudáveis.

Seguindo com a mesma temática, as pacientes afirmaram que possuíram suporte social, porém experienciar a perda da mama leva a uma diminuição de diversas funções sexuais, como o desejo, a excitação, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação e a dor. Nesse sentido, os estudos de Archangelo (2019), Meier (2019) e Davis (2020) identificaram que o câncer de mama é uma doença que não afeta apenas quem é diagnosticado, mas o casal.

O tratamento com quimioterapia modifica a imagem corporal. As pacientes precisarão de apoio de muitas fontes, em particular dos profissionais de saúde e seus maridos/parceiros (PHOOSUWAN, 2021).

A respeito do estadiamento, 43,8% foram diagnosticadas com câncer de mama no estágio II e 40% com estágio III. A modalidade de tratamento mais adotada foi a neoadjuvante, ou seja, quando é realizado um tratamento prévio à cirurgia (quimioterapia) e tem objetivo curativo ou de preservação da mama. Um estudo sobre a qualidade de vida e ansiedade não encontrou diferenças significativas entre os estágios em que os indivíduos receberam o diagnóstico (VILLAR *et al.*, 2017).

Evidencia-se também que quase a totalidade das pacientes estudadas em tratamento quimioterápico demonstrou redução em sua função e prazer sexual. Apenas duas mulheres apresentaram escores elevados, não conseguindo permanecer com os mesmos ao longo do tratamento.

Esse achado está em consonância com o artigo de Hoyle (2022), afirmando que a maioria das mulheres é acometida de sofrimentos durante o tratamento e que as preocupações com a imagem corporal e a sexualidade são comuns, intensas e angustiantes para pacientes com câncer de mama.

Reforçando a temática, Oberguggenberger (2017) e Ganz (2020) afirmam que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama resultam em sofrimento psíquico significativo, contribuindo para uma percepção negativa da qualidade de vida. Podemos observar nos achados de Bushatsky (2017) e Machado (2017) que as mulheres sofrem os efeitos colaterais como diarreia, náusea, constipação, queda de cabelo, fadiga, insônia, dificuldades financeiras, humor hipotímico e baixa atividade sexual. Essas são algumas das consequências que a quimioterapia pode trazer para as mulheres durante o tratamento.

Em se tratando de sexualidade, Türk (2018) e Sun (2018) afirmam que os padrões estéticos definem uma mulher como sensual e atraente. Os seios não desempenham, apenas, um importante papel fisiológico em algumas fases da vida, mas também representam de

maneira muito forte um símbolo cultural de feminilidade, sensualidade e sexualidade. Quando a mulher é submetida ao tratamento do câncer de mama, vivencia o rompimento da harmonia do “corpo perfeito”, que se torna “imperfeito”, gerando diversos problemas que envolvem a sexualidade, a estrutura psicológica, o autoconceito e a autoimagem.

Observando-se as medianas das atividades sexuais, extraídas do QLQ-BR23, é possível observar que todas as mulheres apresentaram redução na função e prazer sexual, mesmo aquelas que aderiram ao tratamento proposto pelo serviço de Psico-oncologia.

Fica visível neste estudo que a maioria das mulheres teve impactos em sua atividade sexual. Isso pode estar associado a uma série de possibilidades, entre elas o sofrimento psíquico. Como tristeza, angústia, medo, choro, ansiedade, falta de esperança e insegurança, todos estes sintomas foram observados nas pacientes.

A sensualidade e sexualidade das pacientes foram diretamente impactadas, tendo em vista que 78 mulheres apresentaram baixa pontuação tanto na função sexual quanto no prazer sexual. Estes resultados corroboram os estudos de Miaja (2017) e Von Hippel (2019), que afirmam que na grande maioria de mulheres acometidas pelo câncer de mama, principalmente no início do tratamento, há temores em relação ao prosseguimento da vida sexual pós-diagnóstico. Elas podem seguir até mesmo após o fim do tratamento, muitas vezes com uma grande disforia em relação a diversos aspectos da sexualidade.

Ainda sobre as atividades sexuais, como observado nos resultados, a paciente é impactada, devido à modificação da imagem corporal, o que também é identificado nos estudos de Guedes (2018) e Davis (2020). Conforme Luo (2022), a redução do desejo sexual é uma realidade das pacientes, persistindo desde o diagnóstico até o pós-tratamento.

Diante disso, alguns trabalhos relatam que um menor prazer sexual está associado à depressão. Na população geral existe uma relação bidirecional conhecida entre depressão e disfunção sexual (Atlantis, 2022). Em trabalhos anteriores, Speer (2005) e Oberguggenberger (2017) relataram uma associação entre depressão, menor interesse e desejo sexual.

Em relação à autoimagem, nossos resultados estão em concordância com outros estudos que direcionam para a modificação da imagem. No início, as mulheres obtiveram 75 pontos nas medianas. Entretanto, esses índices foram apresentando menores pontuações até a etapa final do tratamento.

Houve, ao decorrer do tratamento, uma progressiva desconstrução de identidade, que é formada e construída ao longo da vida. Lopes (2020), Paiva (2020), Araujo (2020), Esplen (2020) e Ribeiro (2021) afirmam que, uma vez diagnosticada, a paciente passa por mudanças significativas na funcionalidade dos papéis que exerce, principalmente no seu papel de mulher.

Esses papéis são afetados a partir da ideia de que o seio e o cabelo simbolizam o feminino, então, ao se tornar uma paciente oncológica, a mulher sente que é “menos mulher, menos feminina e mais feia”.

O sofrimento psicológico, de acordo com Tsaras (2018) e Ando (2011), é comumente diagnosticado entre pacientes com câncer de mama. Para Arvidsdotter (2016), pessoas que convivem com o sofrimento psíquico mantêm um desequilíbrio entre a sua realidade e seus desejos ideais, resultando na quebra da autoestima e baixo bem-estar.

Além disso, o sofrimento psicológico é reconhecido como associado à diminuição da qualidade de vida entre as pacientes (LINDEN, 2012). Maiores sintomas depressivos estão associados a mais supressão emocional, pensamentos suicidas, e a tentativa de suicídio pode ocorrer entre mulheres com câncer de mama que sofrem destes sintomas (NAKATANI, IWAMITSU, KURANAMI, OKAZAKI, YAMAMOTO, WATANABE, MIYAOKA, 2013).

Quanto às funções emocionais, oriundas do QLQ-C30, os resultados apontam que houve uma alteração do apetite para quem não conseguiu ter uma alta pontuação. Estudos anteriores que aproximam a Psicologia e nutrição, a exemplo do artigo de Collins, Meng e Eng (2016), afirmam que a alteração do apetite em pacientes com câncer de mama está diretamente associada a inúmeras dificuldades psicológicas, que incluem a baixa autoestima, transtornos de humor, transtornos alimentares, dor crônica, baixa higiene do sono e redução da qualidade de vida.

Observou-se no estudo realizado que parte das pacientes apresentaram sintomas de sofrimento psíquico e prejuízos nas funções emocionais.

Esses resultados corroboram os outros estudos, como o de Villar *et al.* (2017) e Holland (2018), que relatam a presença constante desses tipos de manifestações sintomáticas. O primeiro relata como 45% das mulheres estudadas apresentaram sintomas ansiosos diversos, a partir do momento em que receberam o diagnóstico da doença. Já Holland declara que 38,2% das pacientes apresentaram sintomas depressivos.

A pesquisa demonstrou que as pacientes que aderiram, seja de maneira suficiente ou insuficiente ao processo psico-oncológico durante o tratamento do câncer, tiveram uma perda menor e mais lenta das funções emocionais. Isso corrobora o trabalho de Franchi *et al.* (2013), que relata como o uso de técnicas psicológicas e psicoterápicas pode reduzir aspectos como as preocupações, os medos, a tristeza, a depressão, o nervosismo e a dor.

Foi possível observar uma melhor capacidade emocional para as pacientes que apresentaram aceitação ao tratamento. Estas obtiveram uma maior pontuação do QLQ-C30,

com isso, uma maior adesão e pouco encaminhamento para o serviço externo de Psicologia clínica.

A Psico-oncologia pode ser uma opção terapêutica para auxiliar a paciente oncológica durante todas as fases do tratamento, atuando na identificação dos fatores psicossociais, auxiliando na aceitação do “novo corpo”, entendendo e adotando estratégias de conduta definida como “o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”.

Essa área da Psicologia tem se mostrado, de maneira crescente, parte fundamental do tratamento de pacientes com câncer. Estudos como o de Rollin e Berberich (2018) relatam que a presença de fatores psicológicos que sejam estressores pode impactar diretamente no tratamento da doença, inclusive dificultando a sua cura. Assim, mesmo que a Psico-oncologia seja uma área recente, a literatura cada vez mais vasta reforça a sua eficácia e importância, principalmente ao se tratar das consequências psicossociais do câncer.

Simonetti (2014), Todorov (2019) e Queiroz (2020) falam sobre os processos de acolhimento, empatia, apoio, o desenvolvimento da autocompaixão e atenção psicológica, que são o foco de trabalho dos psicólogos no atendimento às mulheres com câncer de mama.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo exibiu os índices de sofrimento de pacientes com câncer de mama, tratadas em uma clínica da capital. Os principais sintomas psíquicos foram o medo, angústia, tristeza, choro fácil, ansiedade e insegurança.

Demonstrou-se uma melhor função emocional das pacientes que aderiram ao acompanhamento do serviço de Psico-oncologia, quando comparada às que tiveram adesão insuficiente ou não aderiram ao acompanhamento psicológico. Foi possível perceber que as pacientes que tiveram adesão foram menos encaminhadas, após o tratamento, para o serviço externo (Psicologia clínica).

Quanto aos quesitos autoimagem, função sexual e prazer sexual, as pacientes apresentaram redução significativa. Percebe-se que a Psicologia, dentro desse campo de atendimento, não atingiu níveis de eficácia. Pode-se afirmar somente que, das pacientes que apresentaram adesão, a autoimagem foi reduzida de forma mais lenta em comparação às mulheres que não aderiram. Estas, modificaram mais rapidamente.

Por fim, há inúmeras variáveis que podem interferir na saúde mental das pacientes com câncer de mama. Diante dessa realidade, o serviço de Psico-oncologia se mostra um importante recurso terapêutico para auxiliar no tratamento e enfrentamento do câncer.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. S. *et al.* Vivência da mulher jovem com câncer mama e mastectomizada. **Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2015.
- AMORIM, C. Doença Oncológica da Mama: Vivências de Mulheres Mastectomizadas. **Revista de Ciências da saúde de Macau**, v. 6, 2006.
- ANDO, N. *et al.* Predictors of psychological distress after diagnosis in breast cancer patients and patients with benign breast problems. **Psychosomatics**, v. 52, n. 1, p. 56-64, 2011.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **O psicólogo no hospital**. In: Angerami-Camon, V. A. (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning, p. 1-14, 2010.
- ARÁN, M. R. *et al.* Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 11, p. 633-639, 1996.
- ARAUJO, V. *et al.* A perspectiva da autoimagem e sexualidade de mulheres mastectomizadas: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 52, p. e3618-e3618, 2020.
- ARCHANGELO, S. *et al.* Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. **Clinics**, 74, 2019.
- ARNOLD, M. *et al.* Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. **Breast (Edinburgh, Scotland)**, vol. 66, p. 15-23, 2022.
- ARVIDSDOTTER, T. *et al.* Understanding persons with psychological distress in primary health care. **Scandinavian Journal Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 687–694, 2016.
- ATLANTIS, E.; SULLIVAN, T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. **The journal of sexual medicine**, v. 9, n. 6, p. 1497-1507, 2012.
- BARROS, A. C. S. D. *et al.* Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **AMB/CFM-Projeto Diretrizes**, p. 1-15, 2001.
- BIFULCO, V. A.; FALEIROS, D. A. M. **Psico-oncologia**. In: Bifulco, V. A. & Junior, H. J. F. (Orgs). *Câncer: uma visão multiprofissional*. 2. ed. [S. l.]: Manole Ltda, 2014.
- BRANDT, C. R. *Câncer de mama: um enfoque psicossocial*, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria nº 3.535, de 14 de outubro de 1998. Estabelece critérios para cadastramento de centros de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

BUSHATSKY, M. *et al.* < b> Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico/Quality of life in women with breast cancer in chemotherapeutic treatment< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 3, 2017.

CANCIAM, R. Psicossomática, Psico-oncologia e Câncer: Psicologia. Paco Editorial, 2012.

CARVALHIDO, T. L; FARIA, H. M. C. R. Posição subjetiva do paciente oncológico diante do diagnóstico de câncer: **Cadernos de Psicologia**, v. 4, n. 7, 2022.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, v. 13, p. 151-166, 2002.

CHAGAS, I. B. *et al.* PSICO-ONCOLOGIA: A atuação do Psicólogo junto ao paciente e seus familiares. **Revista Científica BSSP**, v. 2, n. 2, p. 1-17, 2022.

CHAMBERS, S. K.; DUNN, J. Re-imagining Psycho-oncology. **European Journal of Cancer Care**, v. 28, n. 4, p. e13136, 2019.

COELHO, J. C. C.; PESTANA, M. E.; TREVIZAN, F. B. Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos atendidos por equipe de Psicologia. **Revista InterCiência-IMES Catanduva**, v. 1, n. 2, p. 45-45, 2019.

COLLINS, J.; MENG, C.; ENG, A. Psychological impact of severe obesity. **Current obesity reports**, v. 5, n. 4, p. 435-440, 2016.

CORREIA, L. S. *et al.* Função sexual e qualidade de vida de mulheres: um estudo observacional. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 32, n. 6, p. 405-9, 2016.

COSTA JUNIOR, Á. L. O desenvolvimento da Psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 21, p. 36-43, 2001.

DA SILVA, A. B.; DA SILVA, H. V. C.; DE BARROS, É. N. Repercussões emocionais em pacientes em seguimento oncológico: ansiedade, depressão e qualidade de vida. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6586-e6586, 2021.

DAVIS, C. *et al.* Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. **Psycho-Oncology**, v. 29, n. 5, p. 823-832, 2020.

DE ARAÚJO, A. C. G. C. *et al.* Prevalência de disfunção sexual em sobreviventes de câncer de mama. **Tópicos em ciências da saúde**, v. 11, 2019.

DE LIMA, M. M. G. *et al.* Sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1216-1224, 2018.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 8, p. 155-163, 2003.

- ESPLEN, M. J. *et al.* Restoring body image after cancer (ReBIC): A group therapy intervention. **Psycho-Oncology**, v. 29, n. 4, p. 671-680, 2020.
- FARIA, H. M. C.; LIMA, I. C. B. F.; FILGUEIRAS, M. S. T. The Support Group as a holding promoter for women with breast cancer. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 3, p. 465-485, 2018.
- FONSECA, A. A. *et al.* Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 5, p. S222-S229, 2017.
- FRANCHI, G. *et al.* Impact of a psycho-oncological rehabilitation intervention on psychological distress: the experience of CeRiOn (Oncological Rehabilitation Centre) Florence 2007–2010. **Supportive Care in Cancer**, v. 21, n. 9, p. 2381-2386, 2013.
- GANZ, P. A. *et al.* Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 94, n. 1, p. 39-49, 2002.
- GASPAR, K. C. Psicologia hospitalar e a oncologia. **Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica**, v. 2, p. 79-126, 2011.
- GASPARELO, C.; SALES, C. A.; MARCON, S. S.; SALCI, M. A. Percepção de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 535-542, 2010.
- GIMENES, M. G. G. In: Fávero, M. H. (Org.) **A mulher e o câncer**. São Paulo: Ed. Livro Pleno, 2000.
- GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. vol.II, Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- GUEDES, T. S. R. *et al.* Body image of women submitted to breast cancer treatment. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 19, n. 6, p. 1487, 2018.
- HOLLAND, J. C. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. **Psycho-Oncology**, v. 27, n. 5, p. 1364-1376, 2018.
- HORDERN, A. J.; CURROW, D. C. A patient-centred approach to sexuality in the face of life-limiting illness. **Medical journal of Australia**, v. 179, p. S8-S11, 2003.
- HOYLE, E.; KILBREATH, S.; DYLKE, E. Body image and sexuality concerns in women with breast cancer-related lymphedema: a cross-sectional study. **Supportive Care in Cancer**, v. 30, n. 5, p. 3917-3924, 2022.
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 01 jul. 2023
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipo/mama>. Acesso em: 10 jun. 2023

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Detecção precoce do câncer. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: [Detecção Precoce do Câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer](#). Acesso em: 19 jun. 2023.

KOVACS, M. J. Psico-oncologia. FIGUEIREDO, M.G.M.C.A. (Org.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus. 2008.

KOVÁCS, M. J., MACIEIRA, R. C. & CARVALHO, V. A. (2008). **Formação Profissional em Psico-oncologia**. In: Kovács, M. J., Franco, M. H. P., & Carvalho, V. A. (2008). **Temas em Psico-oncologia**. Grupo Editorial Summus.

KUBLER, R. E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LINDEN, W. *et al.* Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. **Journal of affective disorders**, v. 141, n. 2-3, p. 343-351, 2012.

LOPES, A. P.; CAMARGO, C. A. C. M.; MAIA, M. A. C. Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 52, p. e3556-e3556, 2020.

LUO, F. *et al.* Low Sexual Desire in Breast Cancer Survivors and Patients: A Review. **Sexual Medicine Reviews**, 2022.

MACHADO, M. X.; SOARES, D. A.; OLIVEIRA, S. B. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 433-451, 2017.

MAIRINK, A. P. A. R. *et al.* A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

MARCON, S. S.; SALCI, M. A. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 558-566, 2009.

MARTÍNEZ, M. E. *et al.* Prognostic significance of marital status in breast cancer survival: A population-based study. **PloS one**, v. 12, n. 5, p. e0175515, 2017.

MEIER, F. *et al.* We are in this together—Aren't we? Congruence of common dyadic coping and psychological distress of couples facing breast cancer. **Psycho-oncology**, v. 28, n. 12, p. 2374-2381, 2019.

MESS, E. *et al.* Avaliação da condição emocional das mulheres com câncer. **Eur Rev Med. Pharmacol Sci**. v. 25, n. 1, p. 5429-5435, 2021.

MIAJA, M.; PLATAS, A.; MARTINEZ-CANNON, B. A. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. **Revista de investigacion clinica**, v. 69, n. 4, p. 204-209, 2017.

MICELI, A. V. P. Pré-operatório da paciente oncológico: uma visão psicológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 44, n. 2, p. 131-137, 1998.

- MONTEIRO, S.; LANG, C. S. Acompanhamento psicológico ao cuidador familiar de paciente oncológico. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 83, 2015.
- MORAES, M. C. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. **MMMJ Carvalho, Introdução à Psiconcologia**, p. 57-64, 1994.
- MORAIS, B. L. S. A. Psico-oncologia na mastologia: análise das teses e dissertações publicadas na Rede Mundial de Computadores (Internet) no período 2005-2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2010.
- MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* Os sentimentos das mulheres mastectomizadas. **Revista Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 477-484, 2010.
- NAKATANI, Y. *et al.* Predictors of psychological distress in breast cancer patients after surgery. **Kitasato Med J**, v. 43, p. 49-56, 2013.
- NEME, C. M. B. Psico-oncologia: caminhos, resultados e desafios da prática. **Psico-oncologia: caminhos e perspectivas. São Paulo: Summus**, 2010.
- OBERGUGGENBERGER, A. *et al.* Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population—an observational study. **BMC cancer**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.
- OLIVEIRA, D. S. A.; CAVALCANTE, L. S. B.; CARVALHO, R. T. de. Sentimentos de pacientes em cuidados paliativos sobre modificações corporais ocasionadas pelo câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.
- PAIVA, A. C. P. C. *et al.* Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher-que-vivencia-linfedema-decorrente-do-tratamento-de-câncer-de-mama. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.
- PEREIRA, E. C. **Câncer de mama e Psicologia oncológica: tratamento e ressignificação do existir**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Faculdade de Ciência da Saúde, Brasília-DF, 2008.
- PEREIRA, S. A. *et al.* Vivências de cuidado da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, 2006.
- PHOOSUWAN, N.; LUNDBERG, P. C. Psychological distress and health-related quality of life among women with breast cancer: a descriptive cross-sectional study. **Supportive Care in Cancer**, v. 30, n. 4, p. 3177-3186, 2022.
- PIMENTEL, D. M.; LIMA, D. T.; MONNERAT R. L. **A atuação do psicólogo hospitalar no atendimento aos portadores de câncer de próstata e de mama**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.
- QUEIROZ, A. K. M.; DOS SANTOS, Ludmilla S.; PARRAGA, M. B. B. A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS JUNTO A MULHERES COM CÂNCER DE MAMA. **TCC-Psicologia**, 2020.
- RIBEIRO, M. O. *et al.* O impacto na autoimagem e autoestima de mulheres mastectomizadas: Uma revisão integrativa. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 12, n. 1, p. e24636-e24636, 2021.

- RIBEIRO, A. **Ter e seu corpo**. 1ª edição. Porto: Edições Gravita, 2004.
- ROLLIN, I. L.; BERBERICH, G. Psycho-oncology. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 20, p. 13-22, 2018.
- RZEZNIK, C.; DALL'AGNOL, C. M. (Re) descobrindo a vida apesar do câncer. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre**. v. 21, p. 84-100, 2000.
- SALCI, M. A.; SALES, C. A. S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de cancer. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 46-51, 2009.
- SAMPAIO, A. C. P. **Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifca Universidade Católica de Campinas, PUC – Campinas, São Paulo, 2006.
- SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. A imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.
- SANTOS, M. de O.; LIMA, F. C. da S. de; MARTINS, L. F. L.; OLIVEIRA, J. F. P.; ALMEIDA, L. M. de; CANCELA, M. de C. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 1, 2023.
- SCHOU-BREDAL, I.; EKEBERG, Ø.; KÅRESEN, R. Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study. **Psycho-Oncology**, v. 30, n. 3, p. 369-377, 2021.
- SILVA, S. É. D. *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 727-734, 2010.
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia hospitalar**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.
- SPEER, J. J. *et al.* Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. **The breast journal**, v. 11, n. 6, p. 440-447, 2005.
- SUN, L. *et al.* Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. **Psycho-oncology**, v. 27, n. 2, p. 376-385, 2018.
- SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.
- TODOROV, N. *et al.* Self-compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. **Psycho-oncology**, v. 28, n. 10, 2025–2032, 2019.
- TOLEDO, Y. M.; MENEZES, M. P. N.; BARROS, E. S. Avaliação da sexualidade de pacientes com câncer do colo do útero em Sergipe. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e41710212375-e41710212375, 2021.
- TSARAS, K. *et al.* Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 19, n. 6, p. 1661, 2018.

TÜRK, K. E.; YILMAZ, M. The effect on quality of life and body image of mastectomy among breast cancer survivors. **European journal of breast health**, v. 14, n. 4, p. 205, 2018.

VALADÃO, B. C. P. A importância do Psicólogo na Psico-oncologia. 2021.

VENÂNCIO, J. L.; LEAL, V. M. S. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

VILLAR, R. R. *et al.* Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, 2017.

VON HIPPEL, C. *et al.* Identifying distinct trajectories of change in young breast cancer survivors' sexual functioning. **Psycho-Oncology**, v. 28, n. 5, p. 1033-1040, 2019.

ZECCHIN, R. N. A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo, Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC, 2004.

ANEXO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA: UM ESTUDO DE

Pesquisador: Roberto Luis Barreto Gois

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50537421.3.0000.5546

Instituição Proponente: Universidade Federal de Sergipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.147.267



Continuação do Parecer: 5.147.267

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1789779.pdf | 18/11/2021 09:16:47 | | Aceito |
| Outros | CARTA_RESPOSTA.pdf | 18/11/2021 09:15:52 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Outros | AUTORIZACAO_DE_USO_DE_ARQUIVOS.pdf | 08/11/2021 21:50:27 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Declaração de concordância | TERMO_DE_ANUENCIA.pdf | 08/11/2021 21:49:52 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_DETALHADO.pdf | 08/11/2021 21:48:55 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Brochura Pesquisa | PROJETO.pdf | 08/11/2021 21:48:40 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_COMPROMISSO_E_CONFIDENCIALIDADE.pdf | 27/09/2021 08:00:25 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA_DE_ROSTO.pdf | 27/09/2021 07:59:53 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| Outros | TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf | 27/09/2021 07:57:24 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | JUSTIFICATIVA_DE_DISPENSA_DE_TCLE.pdf | 29/07/2021 18:28:25 | Roberto Luis Barreto Gois | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO 2



NÚCLEO DE ONCOLOGIA DE SERGIPE - NOS

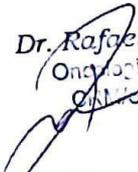
AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao pesquisador Roberto Luis Barreto Gois, o acesso aos arquivos de prontuários para serem utilizados na pesquisa: "saúde mental de paciente com câncer de mama: um estudo de coorte", que está sob a orientação da Profa. Rosana Cipolotti.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o mesmo a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos desta pesquisa, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, 29 de julho de 2021.


Dr. Rafael C. Lessa
Oncologia Clínica
CRM 4491

Aracaju, 29 de julho de 2021.

Rafael Costa Lessa
Médico Responsável Técnico

ANEXO 3



NÚCLEO DE ONCOLOGIA DE SERGIPE - NOS

TERMO DE ANUÊNCIA E EXISTÊNCIA DE INFRAESTRUTURA

Eu, Rafael Costa Lessa, médico e responsável técnico do Núcleo de Oncologia de Sergipe, autorizo a realização do projeto intitulado “saúde mental de paciente com câncer de mama: um estudo de coorte” pelo pesquisadores [Roberto Luis Barreto Gois e Rosana Cipolotti, que envolverá como objetivo principal avaliar a eficácia da Psico-oncologia na saúde mental de mulheres com diagnóstico de Câncer de mama durante tratamento quimioterápico, utilizando coletada dados nos prontuários iniciando após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS).

Estamos cientes de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para desenvolvê-la em conformidade às diretrizes e normas éticas. Ademais, ratifico que não haverá quaisquer implicações negativas as pacientes, uma vez que serão resguardadas todas as informações dos sujeitos de pesquisa.

Declaro, outrossim, na condição de representante desta Instituição, conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas nas Resoluções nºs 466, de 12 de dezembro de 2012, e 510, de 07 de abril de 2016, [**a menção à Resolução nº 510/16 deve ser mantida somente quando nas pesquisas relacionadas às áreas de Ciências Humanas e Sociais**] e Norma Operacional nº 001/2013, pelo CNS.

Local, 29 de julho de 2021.
Aracaju, 29 de julho de 2021.

Dr. Rafael C. Lessa
Oncologia Clínica
CRM 4497

Rafael Costa Lessa
Médico Responsável Técnico

ANEXO 4

Questionário sóciodemográfico

1. Idade:
2. Escolaridade:
3. Estado Civil:
4. Possui filhos? Quantos?
5. Estadiamento:
6. Modalidade de tratamento:
7. Realizou tratamento psicológico (Psico-oncologia) durante o tratamento?
8. Já realizou ou realiza algum tratamento Psicológico?
9. Já realizou ou realiza algum tratamento Psiquiátrico?
10. Sintomas Psíquicos predominantes frente ao câncer?
11. Quais suas estratégias de enfrentamento?
12. Houve encaminhamento para Psicologia e psiquiatria após o tratamento?

ANEXO 5

EORTC QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

Data de hoje (dia, mês, ano):

| | Não | Pouco | Moderadamente | Muito |
|--|-----|-------|---------------|-------|
| 1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo, carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro? | 1 | 2 | 3 | 4 |

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

| | Não | Pouco | Moderadamente | Muito |
|--|-----|-------|---------------|-------|
| 6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Você teve falta de ar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Você tem tido dor? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Você precisou repousar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Você tem tido problemas para dormir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Você tem se sentido fraco/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Você tem tido falta de apetite? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Você tem se sentido enjoado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Você tem vomitado? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | Não | Pouco | Moderadamente | Muito |
|--|------------|--------------|----------------------|--------------|
| 16. Você tem tido prisão de ventre? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Você tem tido diarreia? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Você esteve cansado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. A dor interferiu em suas atividades diárias? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Você tem tido dificuldade para se concentrarem coisas, como ler jornal ou ver televisão? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Você se sentiu nervoso/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Você esteve preocupado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Você se sentiu irritado/a facilmente? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Você se sentiu deprimido/a? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras? | 1 | 2 | 3 | 4 |

PARA AS SEGUINTE PERGUNTAS, POR FAVOR, FAÇA UM CÍRCULO EM VOLTA DO NÚMERO ENTRE 1 E 7 QUE MELHOR SE APLICA A VOCÊ.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Péssima | | | | | | Ótima |

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

| | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Péssima | | | | | | Ótima |

ANEXO 6

EORTC QLQ-BR23 Core Questionnaire in Portuguese



Por vezes, os doentes nos descrevem que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor nos indique, relativamente à semana passada, até que ponto sentiu estes sintomas ou problemas.

| | Não | Pouco | Moderadamente | Muito |
|---|-----|-------|---------------|-------|
| 1. Sentiu a boca seca? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Sentiu os olhos doloridos, irritados ou lacrimejantes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Teve queda de cabelo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sentiu-se doente ou indisposta? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sentiu arrepios de calor? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sentiu dor de cabeça? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Achou difícil observar-se nua? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sentiu-se insatisfeito(a) com seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Até que ponto sentiu desejo sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você? | 1 | 2 | 3 | 4 |

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

| | Não | Pouco | Moderadamente | Muito |
|--|-----|-------|---------------|-------|
| 17. Sentiu dores no braço ou ombro? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sentiu seu braço ou sua mão inchados? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sentiu dores na área de seu seio doente? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Sentiu a área de seu seio doente inchada? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Sentiu a área de seu seio doente demasiado sensível? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Sentiu problemas de pele no ou na área do seio doente (i.e., comichão, pele seca ou escamosa)? | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO 7

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- Sim, do mesmo jeito que antes
- Não tanto quanto antes
- Só um pouco
- Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, e de um jeito muito forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes
- Atualmente um pouco menos
- Atualmente bem menos
- Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Raramente

6) Eu me sinto alegre:

- Nunca

- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes
- Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- Completamente
- Não estou mais me cuidando como deveria
- Talvez não tanto quanto antes
- Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- Sim, demais
- Bastante
- Um pouco

Não me sinto assim

**12) Fico esperando animado
as coisas boas que estão por
vir:**

- Do mesmo jeito que antes
- Um pouco menos do que antes
- Bem menos do que antes
- Quase nunca

**13) De repente, tenho a sensação
de entrar empânico:**

- A quase todo momento
- Várias vezes
- De vez em quando
- Não sinto isso

**14) Consigo sentir prazer
quando assisto a um bom
programa de televisão, de rádio
ou quando leio alguma coisa:**

- Quase sempre
- Várias vezes
- Poucas vezes
- Quase nunca

ANEXO 8

“Distress Thermometer”

**Termômetro Distress – Termômetro de
Angústia**

1 – De 0 a 10, sendo **0 nenhuma angústia** e **10 extrema angústia**, qual o melhor número para descrever o grau de angústia que você sentiu nos últimos 7 dias, incluindo hoje: ()

2 – Indique se algum dos itens abaixo foi um problema para você nos últimos 7 dias, incluindo hoje. Assinale SIM ou NÃO para cada item:

| SIM | NÃO | Problemas Práticos: |
|------------|------------|---|
| () | () | Cuidar das crianças |
| () | () | Cuidar da casa |
| () | () | Convênio/Dinheiro |
| () | () | Transporte |
| () | () | Trabalho/Escola |
| SIM | NÃO | Problemas Familiares: |
| () | () | Lidar com os filhos |
| () | () | Lidar com o companheiro(a) |
| SIM | NÃO | Problemas emocionais: |
| () | () | Depressão |
| () | () | Medos |
| () | () | Nervosismo |
| () | () | Tristeza |
| () | () | Preocupação |
| () | () | Perda de interesse em atividades rotineiras |
| SIM | NÃO | Questões religiosas/espirituais |
| () | () | |
| SIM | NÃO | Problemas físicos: |
| () | () | Aparência |
| () | () | Nariz seco/entupido |
| () | () | Respiração |
| () | () | Alteração na urina |
| () | () | Intestino Preso |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarreia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentar-se |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fadiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensação de inchaço |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Febre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Locomoção |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Má digestão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Memória/Concentração |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Feridas na boca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomar banho/Vestir-se sozinho |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náusea |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Formigamento nas mãos e/ou nos pés |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atividade Sexual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pele seca/coceira |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sono |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dor |
| <hr/> | | |
| Score Angústia: | | |
| Risco () | | |

Zeni, L.L. (2011) Tradução, adaptação cultural e validação do termômetro de angústia [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Fundação Antônio Prudente.