



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

**Aline Barros Pinheiro**

Salvador (Bahia)  
Março, 2013

Ficha catalográfica

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Pinheiro, Aline Barros  
P654 Transtornos psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas /  
Aline Barros Pinheiro. Salvador: 2013.  
iv; 39 p. [tab.].

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Vasconcelos Rêgo.  
Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina  
da Bahia, Salvador, 2013.

1. Mama - neoplasias. 2. Mastectomia - mulheres. 3. Qualidade de vida. 4. Stress. I.  
Rego, Marco Antonio Vasconcelos. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina  
da Bahia. III. Título.

**CDU - 618.19-089.87**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
Faculdade de Medicina da Bahia  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

**Aline Barros Pinheiro**

Professor orientador: **Marco A. V. Rêgo**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2012.2, como pré-requisito obrigatório e parcial à conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Março, 2013

**Monografia:** *Transtornos psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas*, de **Aline Barros Pinheiro**.

Professor orientador: **Marco Antônio Vasconcelos Rêgo**

## **COMISSÃO REVISORA**

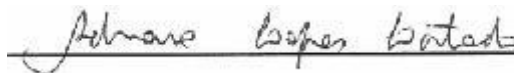
- **Marco Antônio Vasconcelos Rêgo** (Presidente), Professor orientador. Doutor em Saúde Pública e Professor Associado II do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Assinatura: \_\_\_\_\_



- **Adriana Lopes Latado Braga** – Médica, Doutora em cardiologia, Preceptora do Programa de Residência Médica em Cardiologia da Comissão de Residência Médica do complexo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) e Maternidade Clímério de Oliveira (MCO).

Assinatura: \_\_\_\_\_



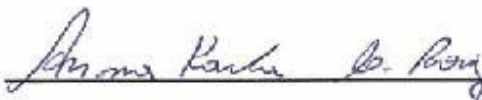
- **Arlúcia de Andrade Fauth** – Médica, Profa. Departamento de Neurociências da FMB. Preceptora do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do HUPES, Serviço de Interconsulta do Complexo Universitário Edgard Santos.

Assinatura: \_\_\_\_\_



- **Anna Karla Carneiro Roriz:** Doutoranda Programa de Pós graduação em Medicina e Saúde- UFBA. Professora Assistente I da Escola de Nutrição da UFBA (ENUFBA) e Vice Coordenadora da Residência em Nutrição Clínica da UFBA.

Assinatura: \_\_\_\_\_



Membro suplente

**Olívia Lúcia Nunes Costa** - Doutora em Ginecologia e Obstetrícia. Professora Associada IV da UFBA do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da FMB.

## **TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IV Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

*“O futuro tem muitos nomes...  
Para os fracos é o inalcançável.  
Para os temerosos, o desconhecido.  
Para os valentes é a oportunidade.”*

**(Victor Hugo)**

## **EQUIPE**

- **ALINE BARROS PINHEIRO**, Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).
- **MARCO ANTÔNIO VASCONCELOS RÊGO**, Professor orientador. Doutor em Saúde Pública e Professor Associado II do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
  - Faculdade de Medicina da Bahia

## **FONTE DE FINANCIAMENTO**

- Recursos próprios de Professor orientador;
- Recursos próprios de Graduando.

Contato:

**Aline Barros Pinheiro**

e-mail: a.barrospinheiro@yahoo.com.br

## AGRADECIMENTOS

- À **Deus**, força que me sustentou durante os períodos difíceis da minha vida, especialmente os que antecederam a finalização desta Monografia;
- Aos meus pais, **José Pinheiro e Sandra Pinheiro**, por terem abdicado de tantas oportunidades ao longo da vida para priorizar os meus estudos e minha felicidade. Sem eles, não estaria realizando o sonho de cursar Medicina e, obviamente, essa Monografia não seria possível de ser realizada.
- Ao meu namorado **Lúcio Parada**, pelo carinho e conselhos durante a minha caminhada até aqui;
- Ao meu orientador, **Professor Marco Rêgo**, pela paciência e presença constantes durante todo o desenvolvimento da Monografia;
- Às Doutoradas **Adriana Latado, Arlúcia Fauth e Olívia Nunes** e à Doutoranda **Anna Karla Roriz** pelas sugestões e colaborações com o projeto.

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABELAS E SIGLAS</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>III. JUSTIFICATIVA</b>	<b>6</b>
<b>IV: OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
IV.1. Geral	7
IV.2. Específicos	7
<b>V. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>8</b>
V.1. Políticas Públicas e Programas voltados à Saúde da Mulher	8
V.2. Características gerais das neoplasias da mama	9
V.3. Diagnóstico e procedimentos de rastreio para neoplasias de mama	9
V.4. Qualidade de Vida	10
<b>VI. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>VII. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>VIII. DISCUSSÃO</b>	<b>18</b>
<b>IX. CONCLUSÃO</b>	<b>25</b>
<b>X. SUMMARY</b>	<b>26</b>
<b>XI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
<b>XII. ANEXOS</b>	<b>35</b>
Anexo 1: Tabela 1 – Principais características dos estudos publicados na literatura entre 2006 e 2011.	35



## ÍNDICE DE TABELAS E SIGLAS

### ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Principais características dos estudos publicados na literatura entre 2006 e 2011	<b>35</b>
---	-----------

### SIGLAS E ABREVIações:

**RV:** Ressecamento Vaginal

**AIC:** Alteração da Imagem Corporal

**MRD:** Medo da Recorrência da Doença

**MOS:** Medical Outcome Scale

**PRIME-MD:** Primary Care Evaluation of Mental Disorders

**IES:** Impact of Event Scale

**CARS:** Concerns About Recurrence Scale

**BR23:** Breast Cancer Module

**BIS:** Body Image Scale

**BSS:** Body Satisfaction Scale

**FSFI:** Female Sexual Function Index

**EORTC QLQ-C30:** European Organization for Research and Treatment of Cancer- General Cancer Quality of Life Scale

**STAI:** State-Trait Anxiety Inventory

**HAM-A:** Hamilton rating scale for anxiety

**HAM-D:** Hamilton rating scale for depression

**MBSRQ:** Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire

**SAQ:** Sexuality Activity Questionnaire

**SASS:** Social Adaption Self-evaluation Scale

**QLI:** Quality of Life Index

**HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale

**LSI:** Life Satisfaction Index

**SCL-90-R:** Symptom Checklist-90-Revised

**SDS:** Situational Discomfort Scale

**EPQ:** Eysent Personality Questionnaire

**WHOQOL -100:** World Health Organization Quality of Life assessment instrument-100

**SF-36:** Swedish Short Term 36-Health Survey

**FACT-B:** Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast.

## I. RESUMO

**Transtornos psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.** A mastectomia, modalidade de tratamento cirúrgico para câncer de mama, é um procedimento acompanhado de alterações que repercutem de forma negativa tanto no corpo quanto no psiquismo da mulher. **Objetivos:** Revisar a literatura quanto aos principais transtornos psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas e descrever as repercussões físicas e emocionais decorrentes da mastectomia na vida cotidiana dessas mulheres. **Metodologia:** Foram selecionados artigos originais publicados nos idiomas inglês e português, entre os anos de 2006 a 2011 nas bases de dados CAPES, Scielo, Lilacs e Cochrane Library. Ao final da busca, foram obtidos 44 artigos. **Resultados:** Os principais transtornos psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas são depressão e ansiedade, frequentemente associados à alteração da imagem corporal. Diversos problemas relativos à sexualidade também foram encontrados, assim como insegurança na retomada de suas atividades físicas, dificuldades de adaptação social, medo da recorrência da doença, dor crônica e dificuldades financeiras. Mulheres submetidas à mastectomia profilática possuem melhor qualidade de vida, assim como as que possuem indicação para reconstrução mamária. **Conclusão:** A mastectomia como modalidade de tratamento cirúrgico para câncer de mama está relacionada a alterações significativas na qualidade de vida em vários níveis: físico, funcional e emocional. Diante da dimensão do problema e suas inúmeras repercussões no bem-estar individual e coletivo, médicos e demais profissionais da área de saúde devem atentar para a necessidade de lidar com as questões relativas ao psiquismo de mulheres mastectomizadas de forma adequada.

**Palavras - chaves:** 1. Mama – neoplasias; 2. Mastectomia - mulheres. 3. Qualidade de vida. 4. Estresse.

## II. INTRODUÇÃO

Segundo recente relatório da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS (*World Cancer Report 2008*), o impacto global do câncer mais que dobrou em 30 anos. No Brasil, dados publicados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) apontam para a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer entre os anos de 2012 e 2013<sup>1</sup>.

A neoplasia maligna de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama<sup>1</sup>.

O câncer de mama ainda é uma doença repleta de estigmas e apresenta diversas situações de ameaça às suas vítimas, afetando a qualidade de vida dessas mulheres. Qualidade de vida é um termo que inclui uma variedade potencial de condições que envolvem a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas<sup>2</sup>.

Receber um diagnóstico de câncer é uma notícia inicialmente devastadora e que confronta o sujeito com a questão do imponderável, da finitude e da morte. Como toda doença potencialmente letal, traz a perda do corpo saudável e do domínio sobre a própria vida<sup>3</sup>. Esta doença, além de estigmatizante, acarreta prejuízos de habilidades funcionais e incerteza quanto ao futuro em decorrência do tratamento, que geralmente é bastante longo<sup>4</sup>.

Entre as alternativas terapêuticas encontra-se a mastectomia, um procedimento cirúrgico de tratamento primário, cuja finalidade é erradicar localmente o câncer<sup>4</sup>. Esta modalidade de tratamento interfere nos estados físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo que desperta libido e desejo sexual, além de estar associada à maternidade e feminilidade<sup>4</sup>. Aceitar a mudança e adaptar-se à nova imagem corporal exige um esforço muito grande para o qual a maioria das mulheres submetidas à mastectomia não estão preparadas<sup>5</sup>.

As consequências destas disfunções superam o marco individual e estendem-se muitas vezes aos familiares, aos amigos e às relações profissionais, implicando uma sobrecarga emocional ainda maior à paciente<sup>6</sup>.

Mulheres com câncer de mama acumulam experiências de ajustamento durante todo o ciclo do tratamento<sup>6</sup>. As informações fornecidas pelos médicos sobre a doença e suas dificuldades de enfrentamento se constituem em um dos tipos de apoio emocional mais importantes para o paciente<sup>7</sup>. Nesse contexto, enfatiza-se que as intervenções que auxiliem na redução do impacto negativo do tratamento na qualidade de vida devem ser priorizadas e integradas na rotina da prática clínica.

### **III. JUSTIFICATIVA**

A justificativa para este estudo relaciona-se com o fato do câncer de mama feminina possuir incidência crescente e cujo tratamento é, muitas vezes, acompanhado de intervenções que repercutem negativamente tanto no corpo quanto no psiquismo da mulher.

Devido ao fato de médicos e outros profissionais da área de saúde não terem um conhecimento mais sistematizado acerca desses aspectos, os resultados desta revisão podem sugerir a necessidade de uma abordagem mais humanizada por esses profissionais e auxiliar as mulheres a encontrarem estratégias de enfrentamento adequadas para tal situação.

## **IV. OBJETIVOS:**

### **IV.1 Geral:**

Revisar a literatura no que se refere aos transtornos psicológicos que mais afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

### **IV.2 Específicos:**

- 1) Descrever os sentimentos das mulheres sobre o câncer de mama.
- 2) Avaliar as repercussões físicas e emocionais que a mastectomia provoca nas mulheres com câncer de mama na vida cotidiana.
- 3) Determinar quais os principais temores das pacientes pós-mastectomizadas.

## **V. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:**

### **V.1 Políticas Públicas e Programas voltados à Saúde da Mulher**

As ações de controle do câncer de mama tiveram um marco histórico na década de 80, através do desenvolvimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que postulava o cuidado mais amplo à saúde da mesma para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal<sup>8</sup>. Ainda nos anos 80, foi criado o Pro-Onco (Programa de Oncologia do Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde) que, anos depois, tornou-se a Coordenação de Programas de Controle de Câncer, cujos objetivos eram a informação e a educação sobre os cânceres mais incidentes, dentre os quais situa-se o câncer de mama<sup>9</sup>.

O final dos anos 90 foi marcado pela implantação do Programa Viva Mulher, no qual foram iniciadas ações para a estruturação da rede assistencial que visa a detecção precoce do câncer de mama<sup>10</sup>. Em 2005, foi elaborado o Plano de Ação para Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama que propôs o aumento da cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas<sup>11</sup>. Um ano depois, a importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde, com a inclusão de indicadores na pactuação de metas com estados e municípios para a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional<sup>12</sup>.

A implantação do SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama, em 2009, favoreceu o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e a publicação de documentos técnicos sobre a área, dinamizando a organização das ações de controle<sup>13</sup>. Em 2011, a priorização do controle do câncer de mama foi reafirmada com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pelo Ministério da Saúde, que prevê investimentos técnicos e

financeiros para a intensificação das ações de controle nos estados e municípios<sup>13</sup>.

## **V.2 Características gerais das neoplasias de mama no Brasil**

Segundo dados do INCA (2012), o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano<sup>1</sup>. Para o ano de 2012 foram estimados 52.680 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 52,5 casos por 100.000 mulheres<sup>1</sup>. Sem considerar os tumores da pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente em mulheres das regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil)<sup>1</sup>. Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil). Na Bahia, em especial, há a estimativa de 2.110 casos novos no decorrer do ano de 2012, sendo 810 apenas em Salvador, capital do Estado<sup>1</sup>.

Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de apenas 61%<sup>1</sup>. No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque, infelizmente, a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados<sup>1</sup>.

## **V.3 Diagnóstico e procedimentos de rastreio para as neoplasias de mama**

No Brasil, o exame clínico anual das mamas e o rastreamento são as estratégias recomendadas para o controle do câncer da mama. Atualmente, esses métodos baseiam-se no exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e um exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos<sup>1</sup>. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer da mama (história familiar de câncer da mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular



*in situ*), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos<sup>1</sup>.

Contudo, vale ressaltar que, embora a mamografia seja o exame padrão ouro na detecção precoce do câncer de mama, ela muitas vezes detecta um câncer que não causaria a morte da paciente, fenômeno chamado de sobrediagnóstico<sup>14</sup>. Esta mulher, então passa a conviver com o estigma da doença e com os efeitos colaterais do tratamento<sup>14</sup>. Dessa forma, a utilização dos métodos de rastreamento pode ser um grande aliado na detecção precoce de muitas doenças, contudo, um maior debate acerca do real impacto positivo obtido por seu uso indiscriminado ainda precisa ser realizado.

#### **V.4 Qualidade de Vida**

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, da sua posição na vida dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas e padrões sociais<sup>15</sup>. Há, ainda, o QVRS, que é a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (*Health-Related Quality of Life* – HRQOL), que permite avaliar os impactos físicos, psicológicos e psicossociais da doença, identificar fontes de suportes familiar e social, além de medir a eficácia e os custos do tratamento<sup>16</sup>.

Ao considerar a alta incidência do câncer de mama e a desestruturação que o seu diagnóstico e tratamento acarretam na vida da mulher<sup>17</sup>, maior ênfase tem sido dada às pesquisas relativas à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de mulheres com câncer de mama nos últimos anos<sup>17,18</sup>. Os instrumentos utilizados para mensurar a qualidade de vida em portadores de neoplasias malignas promove a visualização de uma nova perspectiva da doença e auxilia na formulação de estratégias para a otimização do bem-estar do paciente<sup>15</sup>.

## **VI. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. As seguintes bases de dados foram utilizadas para obtenção de artigos, teses e dissertações: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), PubMed (Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Scielo (Scientific Eletronic Library Online) , Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Cochrane Library. Os descritores utilizados para a busca de artigos foram: “breast neoplasms”, “mastectomy”, “quality of life”, “stress disorders”.

Incluíram-se apenas artigos originais publicados entre os anos de 2006 e 2011 nos idiomas português ou inglês que abordassem diretamente o impacto na qualidade de vida decorrentes dos efeitos psicológicos e/ou sociais ocasionados em mulheres mastectomizadas após o câncer de mama. Foram utilizados também os artigos pertinentes ao tema presentes nas referências.

Foram excluídos da pesquisa artigos que descreviam técnicas cirúrgicas para tratamento de câncer de mama, os referentes a estudos experimentais, estudos de revisão e aqueles que não se relacionavam diretamente ao tema. Ao final da busca, foram selecionados 44 artigos.

## VII. RESULTADOS

Foram selecionados 44 artigos, 15 originários da Europa, 13 do continente americano, 10 da Ásia, 3 da Austrália e 3 do continente africano. As características de cada estudo estão descritas na Tabela 01 no Capítulo de Anexos, no final desta Monografia.

Apesar de se pensar que o tratamento conservador da mama teria um menor impacto psicológico nas mulheres com câncer de mama em relação àquelas que se submetem à mastectomia<sup>2,19-26</sup> alguns estudos não resultam em achados consistentes nesse aspecto<sup>27-32</sup>. Shoma et al. (2009) observaram que 82% das mulheres submetidas ao tratamento conservador da mama demonstraram medo da recorrência da doença e da morte em comparação a 42% das que foram mastectomizadas<sup>19</sup>. Van der steeg et al. (2010), por sua vez, sugeriram que a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas é influenciada pelo tipo de personalidade que possuem previamente ao procedimento e que o tipo de cirurgia não influencia posteriormente no seu bem-estar<sup>31</sup>.

Os principais transtornos psicológicos que afetam a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas encontrados nessa revisão foram depressão e ansiedade<sup>4,19,20,22,23,30,33-46</sup>. Alguns estudos mostraram que durante os primeiros anos após o diagnóstico de câncer de mama, as pacientes experimentam um nível mais significativo de ansiedade e depressão<sup>22,27,42-44,47,48</sup>. Contudo, uma proporção menor de mulheres continuam a apresentar esses sintomas de forma mais intensa a longo prazo<sup>21,27,47,49</sup>, especialmente quando não são tratadas psicologicamente durante a fase imediatamente após a cirurgia<sup>20</sup>. Mulheres com histórico de depressão e ansiedade previamente ao diagnóstico de câncer de mama estavam mais propensas à recorrência de tais transtornos após a mastectomia<sup>20,33,35</sup>. Henselmans et al. (2010) demonstraram que uma a cada sete mulheres cursam com estresse crônico resultante do diagnóstico de câncer de mama<sup>30</sup>.

A ansiedade somática também é descrita na literatura e resulta de uma tendência permanente de interpretar de forma errônea as sensações corporais

normais como sintomas de doença, ocasionando preocupação e repercutindo de forma negativa no cotidiano dessas mulheres<sup>36</sup>.

Problemas relativos à sexualidade que interferem diretamente na vida conjugal dessas mulheres também foram encontrados<sup>19-21,23,26,28,34,35,49,41,44-48,50-57</sup>, como dispaurenia<sup>28,45,47,57</sup>, ressecamento vaginal<sup>28,44,45,47,48,57</sup>, diminuição da libido<sup>23,44,45,47,48,50,56,57</sup> e alterações da imagem corporal<sup>2,19,21,22,24,26-28,32,34-38,41,43,45-48,51-51,55-57</sup>. No estudo de Panjari et al. (2011), 70% das mulheres experimentaram problemas sexuais no primeiro ano após o tratamento<sup>56</sup>. Das 85 mulheres estudadas por Takahashi et al. (2008), 85,9% queixaram-se da diminuição da frequência das relações sexuais<sup>50</sup>. Fobair et al. (2006) demonstraram que 360 das 549 mulheres analisadas possuíam algum problema relacionado ao seu desempenho sexual, como falta de libido (48%), dificuldades de relaxar durante o ato (40%) ou de chegar ao orgasmo (14%)<sup>48</sup>. Alicikus et al. (2009) sugeriram que as razões mais comuns para a deterioração das relações sexuais foram a preocupação com a doença (44%) e sensação de inadequação de sua aparência (38%)<sup>28</sup>.

Diferenças quanto aos aspectos socioculturais, educacionais, religiosos e econômicos também parecem exercer importante influência na sexualidade e imagem corporal<sup>48</sup>. Mulheres asiáticas e latinas apresentam menor proporção de problemas relativos à sexualidade quando comparadas a euro americanas<sup>48</sup>. Dificuldades de aceitação e compreensão do parceiro<sup>48</sup> também foram relatadas, a ponto da ausência da mama ser motivo suficiente para o divórcio de muitos casais<sup>52,57</sup>. Em um estudo realizado no Egito em 2011, 20% das mulheres encontravam-se divorciadas após o diagnóstico de câncer de mama<sup>57</sup>. Uma outra pesquisa realizada com mulheres africanas demonstrou que 79% delas experimentaram uma diminuição da frequência das relações conjugais e 38,3% relataram estar divorciadas de seus companheiros três anos após o diagnóstico<sup>52</sup>.

A alteração da imagem corporal, outro achado importante desta revisão, está estreitamente relacionada à depressão e ao desempenho sexual em mulheres submetidas à mastectomia<sup>4,22-24,35,47,48</sup>. Hopwood et al. (2007) demonstraram que as percepções negativas relativas à imagem corporal em

vítimas de câncer de mama incluem insatisfação quanto à anormalidade da aparência, percebida pela perda da integridade e feminilidade, resultando em relutância em olhar para o próprio corpo<sup>34</sup>. Tais fatores determinam um sentimento de inferioridade e de menor atração sexual<sup>34</sup>. Fobair et al. (2006) revelaram que metade das mulheres estudadas experimentaram pelo menos um problema relacionado à alteração da imagem corporal, como sentimento de vergonha do próprio corpo, perda da feminilidade e da capacidade de atração sexual<sup>48</sup>.

Mulheres submetidas à reconstrução mamária pós-mastectomia, em geral, mostraram-se mais satisfeitas com a imagem corporal<sup>35-37,40,43,45,48,53</sup> e possuíam menor tendência à depressão<sup>35,37,40</sup>. Rubino et al. (2007) observaram que 81,4% das pacientes submetidas à reconstrução referiam estar satisfeitas sexualmente, não havendo diferença estatisticamente significativa entre elas e mulheres saudáveis<sup>37</sup>. Esse resultado foi compatível com o estudo de Markopoulos et al. (2009), que mostrou que 81,3% das pacientes submetidas à mastectomia com reconstrução relataram vida sexual satisfatória e 68,8% revelaram que não houve diminuição da libido<sup>53</sup>.

Muitos autores defendem que a reconstrução deve ser realizada o mais breve possível, a fim de evitar o prolongamento da sensação de mutilação<sup>40,43,53</sup>. Fernandez-Delgado et al. (2007) mostraram que 94% das pacientes submetidas à reconstrução imediata referiram maior satisfação que aquelas submetidas à reconstrução tardia (73%)<sup>40</sup>. Contudo, alguns fatores podem estar relacionados à insatisfação quanto à reconstrução mamária. Rubino et al. (2007) mostraram que 90% das pacientes insatisfeitas possuíam depressão maior pré-existente, o que pode estar relacionada à dificuldade de tomar decisões importantes, tornando-as propensas ao descontentamento com o resultado<sup>37</sup>. Lam et al. (2012) demonstraram que mulheres vítimas de estresse crônico possuem maior dificuldade para a tomada de decisões, inclusive para a escolha do tratamento cirúrgico do câncer de mama, repercutindo em níveis mais elevados de aflição<sup>20</sup>. Pacientes que possuem uma forte necessidade emocional para uma reconstrução isenta de imperfeições experimentam maior aflição psicológica e altos níveis de

ansiedade e depressão<sup>36</sup>. Dessa forma, a existência de expectativas irreais quanto à reconstrução, juntamente com o medo de recorrência da doença comprometem o resultado estético do procedimento e ocasiona insatisfação quanto ao mesmo<sup>36</sup>.

Apesar da maioria dos estudos mostrarem que as mulheres submetidas à reconstrução possuem menor tendência à depressão, Collins et al. (2011) e Frost et al. (2011) demonstraram em seus estudos que essas pacientes relataram pior qualidade de vida que as mastectomizadas devido à morbidade cirúrgica da reconstrução e maior risco de infecções, prolongando dessa forma seu tempo de internamento e o estresse inerente ao mesmo<sup>24,55</sup>.

A síndrome da “mama fantasma” também foi relatada por Spyropoulou et al. (2008), em 22,9% das 105 pacientes analisadas, principalmente aquelas mais jovens<sup>39</sup>.

Insegurança na retomada de suas atividades físicas<sup>20,23,33,45,46</sup>, dificuldades de adaptação social<sup>20,33,21,46</sup>, medo da recorrência da doença<sup>4,20,29,33,35,44,46,57</sup>, dor crônica<sup>23,25,33,45,49,54,59</sup>, dificuldades financeiras<sup>20,23,46</sup>, insônia<sup>23</sup> e déficit de memória<sup>23,46</sup> decorrentes do diagnóstico de câncer de mama também foram observados nesta revisão. Hickey et al. (2011) observaram que 43% das pacientes mastectomizadas apresentavam dor crônica<sup>59</sup> e 40% das estudadas por Gorisek et al (2009) relataram dificuldades financeiras, em especial aquelas que eram autônomas na época do diagnóstico<sup>23</sup>.

Mulheres afastadas do trabalho e de suas atividades usuais devido ao tratamento apresentam risco aumentado de prejuízo na qualidade de vida<sup>20</sup>, uma vez que a inserção no mercado de trabalho proporciona uma sensação de normalidade e incentiva a sua reintegração social<sup>49</sup>. Em contrapartida, a permanência em seus empregos também podem demandar altas cargas de trabalho e esforço, contribuindo para a elevação do estresse e aflição<sup>20</sup>.

Apesar do conflito na literatura em relação à idade, de modo geral, este parece ser um fator que influencia na qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia. Alguns estudos mostram que mulheres mais jovens parecem experimentar níveis mais altos de qualidade de vida do que as idosas

com o passar do tempo<sup>27,60</sup>, assim como as solteiras<sup>38,48</sup> ou que possuem filhos já adultos<sup>48</sup>. No entanto, outros indicam que a presença de um companheiro contribui para uma melhor adaptação psicológica e social à nova situação<sup>2,35,49</sup>.

A idade do parceiro também parece influenciar na qualidade de vida dessas mulheres. Manganiello et al. (2011), em um estudo realizado no Brasil, constataram que a presença de companheiros mais velhos, com idade superior a 60 anos, está associado a um menor impacto psicológico e na vida sexual de mastectomizadas<sup>45</sup>.

Quanto à escolaridade, alguns estudos sugerem que um maior grau de instrução está associado a melhor capacidade de enfrentamento diante da doença e suas repercussões<sup>2,19,27,45,48,60</sup>. Um estudo realizado no Brasil por Hught et al. (2009) com 110 mulheres evidenciou que aquelas com maior escolaridade possuíam melhores condicionamentos físico e psicológico, refletindo em uma vida sexual mais satisfatória mesmo após procedimentos cirúrgicos agressivos como a mastectomia<sup>2</sup>. Contudo, Bell et al. (2010) mostraram que uma maior escolaridade e, portanto, um maior conhecimento da doença, favorece à preocupação e, portanto, à ansiedade e ao estresse<sup>49</sup>, achado também compatível com Costanzo et al. (2007)<sup>33</sup>.

Embora muitos estudos demonstrem que mulheres jovens sofram menos durante o tratamento do câncer de mama<sup>27,60</sup>, muitos outros divergem quanto a esse resultado. Após a mastectomia, mulheres mais velhas apresentam, geralmente, maior resiliência<sup>2,20,23,25,26,33,35,47</sup> e autocontrole<sup>49</sup>. Henselmans et al. (2010) revelaram que mulheres com grande poder de autocontrole preocupam-se menos com o diagnóstico de câncer de mama e suas repercussões, possuindo maior habilidade de lidar com a situação<sup>30</sup>.

O impacto da mastectomia profilática também foi avaliado nessa revisão. Frost et al. (2011) relataram que, após 10 anos da realização da mastectomia contralateral profilática, 83% das pacientes estavam muito satisfeitas com a sua decisão e 92% delas fariam novamente o procedimento<sup>55</sup>. A satisfação com o procedimento também foi demonstrada na análise feita por

Isern et al (2008) na qual nenhuma das 61 mulheres submetidas à mastectomia profilática apresentou arrependimento quanto à sua decisão<sup>61</sup>.

Embora o grau de satisfação quanto à mastectomia profilática seja geralmente alto, algumas alterações físicas e psicológicas podem surgir nessas pacientes. O prazer sexual pode diminuir, assim como podem surgir sentimentos de menor atratividade sexual e de perda da feminilidade<sup>51,55</sup>. Queda da libido também foi encontrada por Gahm et al. (2010), sendo referida por 75% das mulheres estudadas, embora nenhuma delas tenham manifestado arrependimento quanto ao procedimento<sup>54</sup>.

Nesta revisão, pôde-se observar também que muitas mulheres nunca conversaram sobre a vida sexual com outras pessoas ou referiram desinformação quanto aos procedimentos cirúrgicos a que são submetidas<sup>20,57</sup>. Mulheres que discutem previamente com o médico o tipo de tratamento cirúrgico o qual irão se submeter e suas consequências apresentam maior satisfação com os resultados do que aquelas que não interferem ou não questionam a decisão médica<sup>26,32</sup>.

Quanto aos métodos de enfrentamento da doença, uma pesquisa realizada no Brasil revelou que a maioria das mulheres possuíam pensamentos positivos diante da doença e estavam confiantes na cura e na luta pela vida. A crença divina, segundo as mesmas, fornece esperanças e crença na cura<sup>4</sup>.



## VIII. DISCUSSÃO:

A sexualidade é uma expressão pessoal de si mesmo e do relacionamento com o outro<sup>62</sup>. Envolve sentimentos sobre o próprio corpo, a necessidade do toque, o interesse em atividades sexuais, a comunicação com seu parceiro e a capacidade de se relacionar sexualmente de forma satisfatória<sup>57</sup>. A função sexual, por sua vez, refere-se à lubrificação vaginal, frequência das relações sexuais e sensibilidade da mama, dentre outros<sup>57</sup>.

O estresse relativo à mudança na aparência do corpo caracteriza-se por sentimentos e emoções negativos e angustiantes resultantes do diagnóstico de câncer de mama e de seu tratamento cirúrgico<sup>63</sup>. Esse quadro se manifesta sob diversos aspectos, como sentir-se triste ao lembrar da mudança da aparência da mama, a limitação da exposição do corpo a si mesmo e às outras pessoas ou perda de interesse sexual, assim como irritabilidade e raiva<sup>63</sup>.

A comparação entre os resultados de cada estudo é difícil devido às diferentes metodologias empregadas e aos diferentes instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. No entanto, de modo geral, a qualidade de vida sofre impacto negativo decorrente dos tratamentos cirúrgico e quimioterápico, mesmo em longo prazo.

A mastectomia como modalidade de tratamento do câncer de mama está relacionada a alterações significativas na qualidade de vida de mulheres submetidas à mesma em vários níveis: físico, funcional e emocional<sup>64,65</sup>. A severidade dos impactos psicológicos varia com a faixa etária, condições psicológicas pré-existentes ao procedimento, comorbidades associadas e suporte social fornecido.

Alguns estudos demonstraram que a gravidade da depressão e ansiedade em mulheres mastectomizadas está relacionada à idade em que são submetidas ao procedimento. Mulheres mais jovens são mais propensas a tais repercussões, uma vez que a atividade sexual é muito importante para si mesmas e para a relação com seus cônjugues<sup>23,33-35,66,67</sup>. Alguns estudos

demonstraram que mais de 75% das mulheres na população geral com idade inferior a 55 anos relataram que a prática sexual é moderada a extremamente importante em suas vidas e que os problemas relacionados à mesma são responsáveis por uma significativa redução na qualidade de vida<sup>66,68</sup>. Além disso, mulheres mais jovens valorizam mais a mama e a feminilidade, são submetidas a tratamentos mais agressivos e apresentam menor resiliência quanto à nova condição do que mulheres mais idosas<sup>2,20,23,25,26,33,35,47</sup>.

Diversos estudos relataram problemas sexuais ou relativos à sexualidade associados à mastectomia, como diminuição da atratividade do parceiro e do desempenho sexual, seja por baixa auto estima, cansaço mental ou alterações fisiológicas como diminuição da libido e ressecamento vaginal<sup>19-21,23,26,28,34,35,38,40,41,44-48,50-57</sup>. A quimioterapia e a hormonioterapia provocam atrofia e ressecamento vaginal e outros sintomas característicos da menopausa precoce, podem contribuir para a diminuição do desejo sexual e afetar a relação conjugal<sup>65,69</sup>, o que pode ser um viés de confundimento no presente estudo.

Além disso, mulheres mais jovens são personagens ativas no mercado de trabalho e o seu afastamento influenciam-nas negativamente devido às maiores dificuldades financeiras, ocasionando uma diminuição da sua qualidade de vida e bem-estar social e familiar<sup>20,23,66,67</sup>. Após o tratamento cirúrgico de câncer de mama, muitas pacientes não estão aptas a retornarem às suas atividades laborais por um determinado período de tempo ou até permanentemente<sup>20,23</sup>.

As dificuldades financeiras também podem estar presentes no cotidiano de mulheres que dependem financeiramente do marido que, após a mastectomia, pedem o divórcio<sup>52</sup>.

A ausência de apoio adequado do parceiro também se configurou em um importante fator para diminuição da qualidade de vida. A falta de sensibilidade de amigos e familiares em perceber que, mesmo após findo o tratamento convencional, persistem os problemas físicos, também é uma fonte de angústia para a mulher<sup>70</sup>. Mulheres sem companheiro e sem mama podem sentir-se inferiorizadas e menos capazes de envolver-se em relacionamentos

afetivos, tornando-as mais vulneráveis a problemas de ajustamento<sup>2</sup>. Hoga et al. (2008) apud Hughet et al. (2009) estudaram casais brasileiros e descobriram que parceiros mais velhos, especialmente aqueles com idade superior a 60 anos negam que a mastectomia tenha afetado de forma significativa a relação íntima com suas parceiras, uma vez que seus casamentos não possuem a atividade sexual como pilar sustentador da relação<sup>2</sup>. Hughet et al. (2009) chamam a atenção também para a probabilidade dos problemas conjugais presentes no período que sucede à mastectomia serem anteriores ao procedimento, ou seja, serem relações pouco satisfatórias anteriormente ao diagnóstico de câncer de mama<sup>2</sup>.

O apoio conjugal parece diferir de acordo com a cultura de cada sociedade. Altas taxas de divórcio foram relatadas em estudos realizados em países africanos adeptos da poligamia<sup>52,57</sup>. Nessas sociedades, mulheres mastectomizadas costumam sofrer maior preconceito de seus cônjuges devido à comparação com as demais esposas, que passam então a segregá-las. Em contrapartida, em alguns países do sudeste asiático, como Índia, estudos não demonstraram reduções significativas do bem-estar físico e emocional no período pós-mastectomia, reflexo do forte apoio familiar oferecido a estas mulheres<sup>25</sup>. Na sociedade indiana, há o senso comum de que, quando alguém está diante de uma situação de perigo, deve haver um grande apoio familiar e social à vítima<sup>17,71</sup>. Contudo, deve-se salientar que em sociedades mais conservadoras, como a indiana, as mulheres não se sentem confortáveis para discutir abertamente sobre problemas relacionados à atividade sexual, o que pode influenciar nas respostas fornecidas durante a aplicação dos questionários da pesquisa<sup>25,48,72</sup>.

Ainda referente a diferenças quanto a aspectos culturais, alguns estudos demonstram que mulheres asiáticas estão mais preocupadas com a harmonia familiar, ao passo que as euro americanas importam-se mais com a intimidade sexual com os seus parceiros, tendendo, pois, a um maior sofrimento com o advento da doença<sup>48,71,73</sup>. O fato de mulheres asiáticas possuírem mamas menores comparadas às ocidentais também pode estar associado ao menor impacto psicológico associado à mastectomia, uma vez

que os resultados estéticos não diferem muito entre as cirurgias radicais e conservadoras<sup>32</sup>.

A imagem corporal é de grande importância para as mulheres sentirem-se femininas e atraentes, uma vez que representa uma ferramenta de expressão social e uma forma de sentir-se presente no mundo<sup>48</sup>. Diversas percepções negativas relativas à auto imagem foram observadas durante esta revisão, como insatisfação com a perda da integralidade corporal e feminilidade, a relutância em olhar a si mesma sem vestimentas, sentir-se menos atraente sexualmente e insatisfação com o surgimento de cicatrizes.

A escolaridade das mulheres também parece influenciar seu modo de enfrentamento ao câncer de mama e à mutilação provocada pela mastectomia. Pikler e Winterowd (2003) apud Huguet et al. (2009) afirmam que uma maior escolaridade proporciona maiores percepções acerca da imagem corporal<sup>2</sup>. Isso pode estar relacionado ao fato de tais mulheres apresentarem mais recursos internos para lidar com a doença e atingir uma melhor saúde mental e possuírem maior apoio e compreensão familiar e uma noção mais aproximada da extensão da enfermidade<sup>2</sup>. Além disso, tais mulheres possuem maior capacidade de buscar informações que necessitam para atingir uma melhor saúde mental<sup>2</sup>.

Dessa forma, pacientes com baixos níveis de educação exigem suporte adicional para compreensão da doença e dos efeitos de terapias adjuvantes, bem como para a adoção de uma prática de cuidados adequados<sup>2</sup>. Contudo, há controvérsias na literatura nesse aspecto. Bell et al. (2010) e Costanzo et al. (2007), ao analisarem esta variável em pacientes com câncer de mama, observaram que uma maior escolaridade está associado a maiores níveis de preocupação e aflição<sup>33,49</sup>. Uma possível explicação para isso é o fato de tais mulheres terem consciência da real gravidade da doença e do alto risco de recidiva e baixa taxa de sobrevivência diante de estadiamentos mais avançados.

O período pós-operatório da mastectomia geralmente está associado com um aumento do desconforto físico e dor<sup>23,25,33,45,49,54,59</sup>. Estes, por sua vez, limitam a capacidade de trabalhar e dificultam as relações familiares. Hill et al. (1999) propõem que a dor crônica e síndrome da “mama fantasma” apontados

nesta revisão podem ser resultados de distúrbios psicológicos existentes anteriormente à amputação<sup>74</sup>.

Em pacientes com passado de câncer de mama, o temor da recorrência da doença parece ser mais freqüente diante da proximidade das consultas médicas de revisão, durante as sessões de fisioterapia reabilitadora ou qualquer outra ocasião que ocasione a lembrança do diagnóstico inicial, gerando a expectativa de uma provável recidiva da doença, trazendo sentimentos de angústia à essa mulher<sup>75</sup>.

Nesta revisão, observou-se que, de forma geral, as mastectomias contralaterais e bilaterais profiláticas reduzem a morbidade psicológica devido à aflição decorrente da possibilidade iminente de ocorrência de um novo câncer de mama<sup>42,54,55,61</sup>. A grande satisfação observada nessas pacientes pode ser explicada pelo alívio da redução quase total do risco de desenvolver a doença<sup>55</sup>. Contudo, também podem ter um impacto negativo sobre a sexualidade e imagem corporal, uma vez que podem promover alterações de sensibilidade, diminuição da libido e sentimento de menor atratividade sexual e feminilidade<sup>76-78</sup>. Dessa forma, é de extrema importância que a decisão final de realização ou não da mastectomia profilática seja feita pela própria mulher e não pelo médico<sup>55</sup>. Além disso, o apoio de uma equipe multidisciplinar composta por geneticistas, cirurgiões e psicólogos é de extrema importância nesse processo de tomada de decisões e para a satisfação quanto ao resultado<sup>61</sup>.

As sequelas psicológicas decorrentes do diagnóstico de câncer de mama e subsequente mastectomia representam a maior razão para estimular a paciente a optar pela reconstrução mamária<sup>37,48</sup>. Contudo, alguns estudos relatam que pacientes que optam pela reconstrução preocupam-se mais com a auto imagem corporal e criam muitas expectativas com o resultado, tornando-se mais vulneráveis a distúrbios psíquicos<sup>36</sup>.

A presença de um transtorno depressivo maior pré-existente requer um maior apoio psicológico e uma reconstrução tardia devem ser considerada<sup>37</sup>. Pacientes que possuem um quadro de depressão crônica tendem a influenciar negativamente toda informação recebida do mundo exterior, especialmente

durante períodos em que são submetidas a estresse significativo, como no processo de tratamento do câncer de mama<sup>36,79</sup>. Quando essas mulheres são submetidas à reconstrução mamária imediata, tendem a avaliar negativamente o seu resultado cirúrgico, resultando em insatisfação e decepção com o procedimento<sup>36,79</sup>. Além disso, Roth et al. (2007) demonstraram um aumento do desconforto psicológico e maior comprometimento no trabalho e nas atividades sociais diárias entre as mulheres que optaram pela reconstrução imediata em comparação com a tardia<sup>36</sup>.

Malata et al. (2000) sugerem que médicos estejam atentos para a correlação entre estado psicológico pré-operatório e insatisfação com o resultado pós-operatório, especialmente em casos de reconstrução mamária imediata<sup>80</sup>. Uma triagem para transtornos psicológicos e psiquiátricos deve ser, portanto, preconizada a todas as mulheres candidatas à reconstrução mamária<sup>80</sup>. Pacientes com histórico de transtorno depressivo maior deveriam ser avaliadas cuidadosamente, haja vista que pode estar contraindicada uma reconstrução mamária imediata nesses casos, sendo a melhor opção a realização da cirurgia mais tardiamente<sup>36,80</sup>.

O desenvolvimento de métodos de enfrentamento da doença são imprescindíveis para a manutenção e/ou para a recuperação de uma boa qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. A fundação de associações, como a Federação Polonesa de Mulheres Mastectomizadas, criada em 1993 na Polônia que reúne atualmente 150 clubes filiados em todo o país, auxiliam na adaptação social à sua nova condição e favorecem a autoaceitação e bom desempenho dentro da família e na sociedade<sup>38</sup>. Rabello e colaboradores (1999) afirmam que a religião também pode ajudar no enfrentamento de doenças graves, como o câncer<sup>81</sup>. Segundo eles, a religião possibilita a coesão entre pessoas, auxiliando no enfrentamento de ameaças e no ganho de energia para lutar pela sobrevivência<sup>81</sup>. As declarações positivas e mensagens de otimismo ajudam a desviar a atenção do problema e aliviam a dor física<sup>82</sup>. A religião e otimismo, assim, parecem auxiliar mulheres a vencer o medo da morte e restituírem o significado da vida<sup>82</sup>.

Além da importância de encontrar métodos que auxiliem no ajustamento psicológico das pacientes com câncer de mama, a adoção de novos hábitos físicos também auxiliam na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres <sup>83</sup>. Assim, a prática de exercícios físicos de forma regular e adequados à sua situação melhora a capacidade cardiorrespiratória e atenuam sintomas de fadiga <sup>83</sup>.

## **XI. CONCLUSÕES:**

1. O câncer de mama ainda é uma doença repleta de estigmas e apresenta diversas situações de ameaça às suas vítimas, afetando a qualidade de vida dessas mulheres.

2. A ausência da mama, devido à mastectomia, está relacionada à ocorrência de transtornos psicológicos, como depressão e ansiedade. Além disso, problemas sexuais, sociais, alteração da imagem corporal e medo da recorrência da doença também podem estar presentes.

3. Médicos e demais profissionais da área de saúde devem estar atentos para a necessidade de lidar com as questões sexuais femininas de forma adequada.

4. A preparação de um ambiente hospitalar seguro e acolhedor, além da compreensão no sistema de cuidados à saúde são de extrema importância para a satisfação e qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.



## X. SUMMARY

**Psychological disorders that affect the quality of life of mastectomized women.** Mastectomy is a modality of surgical treatment for breast cancer, a procedure that is accompanied by changes which impact negatively on body image and psyche of women. **Objectives:** To review the literature regarding the main psychological disorders that affect the quality of life of mastectomized women and describe their physical and emotional impacts on their daily lives. **Methods:** The information was obtained through original articles published in portuguese or english between the years 2006 to 2011 in the CAPES, Scielo, Lilacs and Cochrane Library databases. At the end of the search, 44 articles were obtained. **Results:** The main psychological disorders that affect the quality of life of mastectomized women are depression and anxiety often associated with change in body image. Several issues related to sexuality were also found, as well as uncertainty in the resumption of physical activities, social adjustment difficulties, fear of recurrence of the disease, chronic pain and financial difficulties. Women undergoing prophylactic mastectomy have better quality of life as well as those with indication for breast reconstruction. **Conclusion:** A mastectomy as a treatment modality for breast cancer is related to significant changes in quality of life on many levels: physical, functional and emotional. Due to the size of the problem and its many repercussions in individual and collective welfare, doctors and other health professionals should pay attention to the need to deal with the psyche of mastectomized women appropriately.

**Key words:** 1. Breast neoplasm; 2. Mastectomy; 3. Quality of Life; 4. Stress.

## XI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado 2012 dez 11]. 118 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
2. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet 2009; 31(2): 61-7.
3. Rossi L, Santos MA. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. Psicologia Ciência e Profissão 2003; 23(4): 32–41.
4. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. Revista Eletrônica de Enfermagem 2009; 9(1): 154–65.
5. Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV, Santos LMS, et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. Rev Bras Enferm 2010; 63(5): 727-34.
6. Moreira ECH, Manaia CAR. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde 2003; 26(1): 21-30.
7. Wallberg B, Michelson H, Nystedt M, Bolund C, Degner L, Wilking N. The meaning of breast cancer. Acta oncologica 2003; 42(1): 30–5.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. 27 p.
9. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle de cancer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 15 p.
10. Instituto Nacional de Câncer. Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004 [citado 2012 Dez 11]. 32 p. Disponível em: [www.inca.gov.br/Rbc/n\\_50/v02/pdf/NORMAS.pdf](http://www.inca.gov.br/Rbc/n_50/v02/pdf/NORMAS.pdf)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção oncológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 9 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela vida , em defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 72 p.

13. Instituto Nacional de Câncer. Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama - Recomendações para gestores estaduais e municipais [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [citado 2012 dez 11]. 13 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle\\_cancer](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/controle_cancer).
14. Hersch J, Jansen J, Barratt A, Irwig L, Houssami N, Howard K, et al. Women's views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. *BMJ* 2013 Jan; 346: 1-13.
15. The World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. 1997 [cited 2012 Dec 11]; Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:WHOQOL+Measuring+Quality+of+Life#0>
16. Sandgren AK, Mullens AB, Erickson SC, Romanek KM, McCaul KD. Confidant and breast cancer patient reports of quality of life. *Quality of Life Research* 2004; 13: 155–60.
17. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica* 2003; 42(7):710–8.
18. Goodwin PJ, Black JT, Bordeleau LJ, Ganz PA. Health-related quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer - taking stock. *Journal of the National Cancer Institute* 2003; 95(4):263–81.
19. Shoma AM, Mohamed MH, Nouman N, Amin M, Ibrahim IM, Tobar SS, et al. Body image disturbance and surgical decision making in egyptian post menopausal breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology* 2009; 7:66.
20. Lam WWT, Shing YT, Bonanno GA, Mancini AD, Fielding R. Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. *Psycho-Oncology* 2012 Dec; 21:90–9.
21. Arndt V, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2008 Dec; 134: 1311–8.
22. Moreira H, Canavarro MC. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing* 2010 Sep; 14:263–70.
23. Gorisek B, Krajnc P, Krajnc I. Quality of life and the effect on social status among slovenian women after breast cancer treatment. *J Int Med Res* 2009; 37(2): 557-66.

24. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, et al. Effects of breast cancer and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat* 2011; 126(1): 167-76.
25. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Ratheesan K. Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36(7): 468-72.
26. Adachi K, Ueno T, Fujioka T, Fujitomi Y, Ueo H. Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality. *Jpn J Clin Oncol* 2007; 37(6):412–8
27. Ohsumi S, Shimozuma K, Morita S, Hara F, Takabatake D, Takashima S, et al. Factors associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol* 2009; 39(8):491–6.
28. Alicikus ZA, Gorken IB, Sen RC, Kentli S, Kinay M, Alanyali H, et al. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori* 2009; 95:212–8.
29. Fancher TT, Palesty JA, Thomas R, Healy T, Fancher JM, Ng C, et al. A woman's influence to choose mastectomy as treatment for breast cancer. *Journal of Surgical Research* 2009; 153(1): 128-31.
30. Henselmans I, Helgeson VS, Seltman H, Vries J, Sanderman R, Ranchor AV. Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health psychology* 2010; 29(2):160–8.
31. Van der Steeg AFW, De Vries J, Roukena JA. Anxious personality and breast cancer: possible negative impact on quality of life after breast - conserving therapy. *World J Surg* 2010 Mar; 34: 1453-60.
32. Chang JTC, Chen CJ, Lin YC, Chen YC, Lin CY, Cheng A. Health-related quality of life and patient satisfaction after treatment for breast cancer in Northern Taiwan. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2007; 69(1): 49-53.
33. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer* 2007 Dec; 97:1625–31.
34. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, Bliss JM. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of

2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast* 2007 Jun; 16:241–51.

35.Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology* 2007; 14(11):3078–89.

36.Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Psychological factors predict patient satisfaction with postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119(7):2008–17.

37.Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2007 Jun; 60:509–18.

38.Skrzypulec V, Tobor E, Drosdzol A, Nowosielski K. Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing* 2009 Aug; 18:613–9.

39.Spyropoulou AC, Papageorgiou C, Markopoulos C, Christodoulou GN, Soldatos KR. Depressive symptomatology correlates with phantom breast syndrome in mastectomized women. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008 Apr; 258:165–70.

40.Fernández-Delgado J, López-Pedraza MJ, Blasco JA, Andradas-Aragones E, Sánchez-Méndez JI, Sordo-Miralles G, et al. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Annals of Oncology* 2008; 19(8):1430–4.

41.Pérez MAM, Liu Y, Schootman M, Aft RL, Schechtman KB, Gillanders WE, et al. Changes in sexual problems over time in women with and without early-stage breast cancer. *Menopause* 2011; 17(5):924–37.

42.Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat and Epidemiol* 2010 Mar; 45:355–61.

43.Metcalf KA, Semple J, Quan M-L, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, et al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 2012 Jan; 19:233–41.

44.Biglia N, Moggio G, Peano E, Sgandurra P, Ponzzone R, Nappi RE, et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions and body weight. *J Sex Med* 2010; 7(5): 1891-900.

45. Manganiello A, Hoga LAK, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CAM. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15(2): 167-72.
46. Pakseresht S, Ingle GK, Garg S. Quality of life of women with breast cancer at the time of diagnosis in New Delhi. *J Cancer Sci Ther* 2011; 3(3): 66-69.
47. Burwell SR, Case LD, Kaelin C, Avis NE. Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *J Clin Oncol* 2006; 24(18):2815–21.
48. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006 Jul; 15:579–94.
49. Bell RJ, Lijovic M, China M, Schwarz M, Fradkin P, Bradbury J. Psychological well-being in a cohort of women with invasive breast cancer nearly 2 years after diagnosis. *Support Care Cancer* 2010; 18(8): 921-9.
50. Takahashi M, Ohno S, Inoue H, Kataoka A, Yamaguchi H, Uchida Y, et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women ' s sexuality: a survey of japanese patients. *Psycho-Oncology* 2008 Dec; 907:901–7.
51. Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, et al. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *J Clin Onco* 2008; 26(24): 3943–9.
52. Odigie VI, Tanaka R, Yusufu LMD, Gomna A, Odigie EC, Dawotola DA, et al. Psychosocial effects of mastectomy on married African women in Northwestern Nigeria. *Psycho-Oncology* 2010 Dec; 897: 893–7.
53. Markopoulos C, Tsaroucha AK, Kouskos E, Mantas D, Antonopoulou Z, Karvelis S. Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *J Int Med Res* 2009; 37(1): 182-8.
54. Gahm J, Wickman M, Brandberg Y. Bilateral prophylactic mastectomy in women with inherited risk of breast cancer- Prevalence of pain and discomfort, impact on sexuality, quality of life and feelings of regret two years after surgery. *The Breast* 2010; 19(6):462–9.
55. Frost MH, Hoskin TL, Hartmann LC, Degenim AC, Johnson JL, Boughey JC. Contralateral prophylactic mastectomy: long-term consistency of satisfaction and adverse effects and the significance of informed decision-making, quality of life, and personality traits. *Ann Surg Oncol* 2011; 18(11):3110–6.

56. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med* 2011; 8(1):294–302.
57. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhair Z, Kharmoun S, Slimani K, et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BMC Women's Health* 2011; 11:29.
59. Hickey OT, Nugent NF, Burke SM, Hafeez P, Mudrakouski AL, Shorten GD. Persistent pain after mastectomy with reconstruction. *Journal of Clinical Anesthesia* 2011; 23(6):482–8.
60. Park B-W, Lee S, Lee AR, Lee K-H, Hwang SY. Quality of life differences between younger and older breast cancer patients. *J Breast Cancer* 2011; 14(2):112–8.
61. Isern AE, Tengrup I, Loman N, Olsson H, Ringberg a. Aesthetic outcome, patient satisfaction, and health-related quality of life in women at high risk undergoing prophylactic mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of plastic, reconstructive e aesthetic surgery* 2008; 61(10):1177–87.
62. Pelusi J. Sexuality and body image. *American Journal Nursing* 2006; 106 (3): 32–8.
63. Frierson GM, Thiel DL, Andersen BL. Body change stress for women with breast cancer: the breast-impact of treatment scale. *Ann Behav Med* 2006; 32(1): 77–81.
64. Vinokur AD, Threatt BA, Caplan RD, Zimmerman BL. Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of a screening population. *Cancer* 2006 Dec; 394–405.
65. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer* 2001; 92(5):1288–98.
66. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23(15):3322–30.
67. Wenzel LB, Fairclough DL, Brady MJ, Cella D, Garrett KM, Kluhsman BC, et al. Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer* 1999; 86(9):1768–74.
68. Cain VS, Johannes CB, Avis NE, Mohr B, Schocken M, Skurnick J, et al. Sexual functioning and practices in a multiethnic study of midlife women : baseline results from SWAN. *The Journal of Sex Research* 2003; 40(3): 266-76.

69. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Jr JR. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psi Clin* 2006; 33(3): 124-33.
70. Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Krupnick JL, Sears SR. Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer* 2005; 104(11): 2608–13.
71. Ashing-Giwa K, Ganz PA, Petersen L. Quality of life of african-american and white long term breast carcinoma survivors. *Cancer* 1999; 85(2):418–26.
72. Mo B. Modesty, sexuality, and breast health in chinese-american women. *West J Med* 1992 Sep; 157: 260–4.
73. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(1): 39–49.
74. Hill A. Phantom limb pain: a review of the literature on attributes and potential mechanisms. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 17(2):125–42.
75. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(6): 951-9.
76. Borgen PI, Hill ADK, Tran KN, Van Zee KJ, Massie MJ, Payne D, et al. Patient regrets after bilateral prophylactic mastectomy. *Ann Surg Oncol* 1998; 5(7):603–6.
77. Hatcher MB, Fallowfield L, A'Hern R. The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semistructured interviews. *BMJ* 2001; 322(7278):76-9.
78. McGaughey A. Body image after bilateral prophylactic mastectomy: an integrative literature review. *J Midwifery Women's Health* 2006; 51(6):45–9.
79. Powell VB, Abreu N, Oliveira IR, Sudak D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(Supl II):73–80.
80. Malata CM, McIntosh SA, Purushotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *British Journal of Surgery* 2000; 87(11):1455–72.



81.Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. Experiência de doença e narrativa. 1999. [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999 [citado em 2013 jan 24]. 264 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>

82.Gaston-Johansson F, Lachica EM, Fall-Dickson JM, Kennedy MJ. Psychological distress, fatigue, burden of care and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(6):1161–9

83.Mcneely ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2006; 175(1): 34-41.

## XII. ANEXOS:

### ANEXO I: Tabela "Características dos estudos descritos na literatura entre 2006 e 2011".

**Tabela 1: Características dos estudos descritos na literatura entre 2006 e 2011.**

<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Revista de Publicação</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>N</b>	<b>Questionário e escalas utilizados</b>	<b>Principais achados físicos e psicológicos</b>
<b>Burwell et al (47)</b>	2006	EUA	Journal of Clinical Oncology	Prospectivo	209	MOS Sexual Functioning Scale	Ansiedade, depressão, dispáurenia, RV, diminuição da libido, AIM
<b>Fobair et al (48)</b>	2006	Austrália	Psycho-Oncology	Retrospectivo	549	Não especificado	Ansiedade, depressão, RV, diminuição da libido, AIC
<b>Pandey et al (25)</b>	2006	Índia	Japanese Journal of Clinical Oncology	Longitudinal	251	Functional Assessment of Cancer Therapy for Breast	Redução do bem-estar físico e emocional
<b>Adachi et al (26)</b>	2007	Japão	Japanese Journal of Clinical Oncology	Longitudinal	102	Breast Cancer Decision Making	AIC
<b>Chang et al (32)</b>	2007	Taiwan	International Journal of Radiation Oncology, Biology and Physics	Longitudinal	220	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Breast	Não houve diferenças na qualidade de vida entre mulheres submetidas à mastectomia e aquelas operadas conservadoramente
<b>Costanzo et al (33)</b>	2007	EUA	British Journal of Cancer	Prospectivo	89	Center for Epidemiological Studies Depressions Scale, PRIME-MD, IES, CARS	Depressão, ansiedade, AIC, insegurança na retomada de suas atividades físicas e adaptação social, MRD, dor crônica
<b>Hopwood et al (34)</b>	2007	Reino Unido	The Breast	Longitudinal	2208	BIS, HADS, EORTC QLQ-C30, BR23	Depressão, ansiedade, AIM
<b>Parker et al (35)</b>	2007	EUA	Annals of Surgical Oncology	Prospectivo	258	Center for Epidemiological Studies Depressions Scale, STAI, MBSRQ, Body Image Visual Analogue, SAQ	Depressão, ansiedade, AIC

Continuação da **Tabela 1 (Características dos estudos descritos na literatura entre 2006 e 2011).**

<b>Pinho et al (4)</b>	2007	Brasil	Revista Eletrônica de Enfermagem	Longitudinal	15	Não especificado	Depressão, ansiedade, AIC
<b>Roth et al (36)</b>	2007	EUA	Plastic and Reconstructive Surgery	Prospectivo	295	Modified Somatic Perception Questionnaire	Depressão, ansiedade (somática), AIC, MRD
<b>Skrzypulec et al (38)</b>	2007	Polônia	Journal of Clinical Nursing	Caso-controle	494	BR-23, LSI, IES, HADS	Depressão, ansiedade, AIC
<b>Spyropoulou et al (39)</b>	2007	Grécia	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience	Longitudinal	105	SCL-90-R, EPQ, Zung self-rating depression scale, STAI	Depressão, ansiedade, síndrome da mama fantasma
<b>Takahashi et al (50)</b>	2007	Japão	Psycho-Oncology	Longitudinal	85	Não especificado	Depressão, ansiedade, diminuição da libido e da frequência de relações sexuais
<b>Arndt et al (21)</b>	2008	Alemanha	Journal of Cancer Research and Clinical Oncology	Prospectivo	226	EORTC QLQ-C30	Dificuldade de adaptação social, AIC
<b>Brandberg et al (51)</b>	2008	Suécia	Journal of Clinical Oncology	Prospectivo	98	SAQ, BIS, HADS, SF-36	AIC
<b>Fernández-Delgado et al (40)</b>	2008	Espanha	Annals of Oncology	Retrospectivo	526	HADS	Depressão, ansiedade
<b>Isern et al (61)</b>	2008	Suécia	Journal of Plastic, Reconstructive e Aesthetic Surgery	Retrospectivo	61	HADS, SF-36	Alta satisfação com a mastectomia bilateral profilática
<b>Alicikus et al (28)</b>	2009	Turquia	Tumori	Retrospectivo	112	MBSRQ	Dispaurenia, RV, AIC
<b>Fancher et al (29)</b>	2009	EUA	Journal of Surgical Research	Retrospectivo	120	Não especificado	Não houve diferenças na qualidade de vida entre mulheres submetidas à mastectomia e aquelas operadas conservadoramente

Continuação da **Tabela 1 (Características dos estudos descritos na literatura entre 2006 e 2011).**

<b>Gorisek et al (23)</b>	2009	Eslovênia	The Journal of International Medical Research	Prospectivo	382	EORTC QLQ-C30, BR23	Depressão, ansiedade, diminuição da libido, insegurança na retomada das atividades físicas, dor crônica, insônia, déficit de memória
<b>Hughet et al (2)</b>	2009	Brasil	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Longitudinal	110	WHOQOL	AIC
<b>Markopoulos et al (53)</b>	2009	Grécia	The Journal of International Medical Research	Longitudinal	207	Não especificado	AIC
<b>Ohsumi et al (27)</b>	2009	Japão	Japanese Journal of Clinical Oncology	Longitudinal	100	FACT-B, HADS	AIC
<b>Shoma et al (19)</b>	2009	Egito	World Journal of Surgical Oncology	Prospectivo	100	BITS, IES, SDS, BSS	Depressão, ansiedade, AIM
<b>Bell et al (49)</b>	2010	Austrália	Supportive Care in Cancer	Prospectivo	1684	Psychological General Well Being Index	Dor crônica
<b>Biglia et al (44)</b>	2010	Itália	The Journal of Sexual Medicine	Prospectivo	35	BAI, Body Attitude Test	Depressão, ansiedade, RV, AIC, MRD
<b>Gahm et al (54)</b>	2010	Suécia	The Breast	Prospectivo	59	SF-36, The Decision Regret Scale	AIC, dor crônica
<b>Henselmans et al (30)</b>	2010	Holanda	Health Psychology	Prospectivo	171	General Health Questionnaire	Depressão, ansiedade, MRD
<b>Lam et al (20)</b>	2010	China	Psycho-Oncology	Prospectivo	285	Chinese Health Questionnaire -12, HADS, SASS	Depressão, ansiedade, insegurança na retomada das atividades físicas, dificuldades de adaptação social, dificuldades financeiras, MRD
<b>Moreira et al (22)</b>	2010	Brasil	European Journal of Oncology Nursing	Longitudinal	56	WHOQOL, HADS, Appearance Schemas Inventory, Experience of Shame Scale, The Derriford Appearance Scale-24	Depressão, ansiedade, AIC

Continuação da **Tabela 1 (Características dos estudos descritos na literatura entre 2006 e 2011).**

<b>Odigie et al (52)</b>	2010	Nigéria	Psycho-Oncology	Prospectivo	81	Não especificado	AIC, diminuição da frequência das relações sexuais
<b>Pérez et al (41)</b>	2010	EUA	Menopause	Caso-control	1033	FACT-B, Center for Epidemiological Studies Depressions Scale, BAI	Depressão, ansiedade, AIC, menor atração sexual
<b>Vahdaninia et al (42)</b>	2010	Irã	Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology	Prospectivo	167	HADS, EORTC QLQ-C30	Depressão, ansiedade
<b>Van der Steeg et al (31)</b>	2010	Holanda	World Journal of Surgical Oncology	Prospectivo	222	WHOQOL, STAI	Não houve diferenças na qualidade de vida entre mulheres submetidas à mastectomia e aquelas operadas conservadoramente
<b>Collins et al (24)</b>	2011	EUA	Breast Cancer Research and Treatment	Prospectivo	549	BAI, Center for Epidemiological Studies Depressions Scale	Depressão, AIC
<b>Frost et al (55)</b>	2011	EUA	Annals of Surgical Oncology	Prospectivo	269	BIS, MOS, Spielberg's Trait Anxiety Scale, Decisional Conflict Scale Satisfaction Subscale	Alta satisfação com a mastectomia contralateral profilática
<b>Hickey et al (59)</b>	2011	Holanda	Human Reproduction Update	Retrospectivo	42	Rand 36-Item Health Survey 1.0, PSFS, HADS, McGill Pain Questionary, VAS	Dor crônica
<b>Manganiello et al (45)</b>	2011	Brasil	European Journal of Oncology Nursing	Longitudinal	100	SF-36, MOS, SAQ	Depressão, ansiedade, AIC, diminuição da libido, RV, dor crônica, dispáurenia, insegurança na retomada de suas atividades físicas.
<b>Metcalfe et al (43)</b>	2011	Canadá	Annals of Surgical Oncology	Prospectivo	190	QLI, BIBC, IES	Depressão, ansiedade, AIC
<b>Pakseresht et al (46)</b>	2011	India	Cancer Science and Therapy	Longitudinal	172	Quality of Life- Cancer Survivors	Depressão, ansiedade, AIC, MRD, dificuldades de adaptação social, dificuldades financeiras, déficit de memória, insegurança na retomada de suas atividades físicas

Continuação da **Tabela 1 (Características dos estudos descritos na literatura entre 2006 e 2011).**

<b>Panjari et al (56)</b>	2011	Austrália	The Journal of Sexual Medicine	Prospectivo	1684	Menopause-Specific Quality of Life	Diminuição da libido, AIC.
<b>Park et al (60)</b>	2011	Coréia	Journal of Breast Cancer	Longitudinal	1250	FACT-B, Ladder of Life Scale	Mulheres jovens apresentam maior satisfação sexual que as mais idosas.
<b>Sbitti et al (57)</b>	2011	Egito	BMC Women's Health	Prospectivo	120	BIS, FSFI	Dispaurenia, RV, diminuição da libido, AIC

**LEGENDA:**

**RV:** Ressecamento Vaginal; **AIC:** Alteração da Imagem Corporal; **MRD:** Medo da Recorrência da Doença; **MOS:** Medical Outcome Scale; **PRIME-MD:** Primary Care Evaluation of Mental Disorders; **IES:** Impact of Event Scale; **CARS:** Concerns About Recurrence Scale; **BR23:** Breast Cancer Module; **BIS:** Body Image Scale; **BSS:** Body Satisfaction Scale; **FSFI:** Female Sexual Function Index; **EORTC QLQ-C30:** European Organization for Research and Treatment of Cancer- General Cancer Quality of Life Scale; **STAI:** State-Trait Anxiety Inventory; **HAM-A:** Hamilton rating scale for anxiety; **HAM-D:** Hamilton rating scale for depression; **MBSRQ:** Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire; **SAQ:** Sexuality Activity Questionnaire; **SASS:** Social Adaption Self-evaluation Scale; **QLI:** Quality of Life Index; **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale; **LSI:** Life Satisfaction Index; **SCL-90-R:** Symptom Checklist-90-Revised; **SDS:** Situational Discomfort Scale; **EPQ:** Eysent Personality Questionnaire; **WHOQOL -100:** World Health Organization Quality of Life assessment instrument-100; **SF-36:** Swedish Short Term 36-Health Survey; **FACT-B:** Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast.