



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
LINHA DE PESQUISA: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER



LAÍS DE MENESES CARVALHO ARILO

**A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM MULHERES EM TRATAMENTO DE
CÂNCER DE MAMA**

TERESINA

2017

LAÍS DE MENESES CARVALHO ARILO

A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM MULHERES EM TRATAMENTO DE
CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do título de mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher (PPGSM) - Universidade Federal do Piauí.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Ayrton Santos Junior.

Teresina

2017

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

A696i Arilo, Laís de Meneses Carvalho
A intervenção psicológica com mulheres em tratamento de câncer de
mama / Laís de Meneses Carvalho Arilo. -- 2017.
68 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-
Graduação em Saúde da Mulher, 2017.

“Orientador : Prof. Dr. Luiz Ayrton Santos Junior.”
Bibliografia

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Intervenção psicológica. 4. Câncer de
Mama. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.994 49

LAÍS DE MENESES CARVALHO ARILO

**A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM MULHERES EM TRATAMENTO DE
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada à banca
examinadora como requisito para
obtenção do título de mestre pelo
Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Mulher (PPGSM) -
Universidade Federal do Piauí.

Teresina, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Ayrton Santos Junior
(UFPI)

Prof. Dr. Denis Barros de Carvalho
(UFPI)

Profª Drª Cíntia Maria de Melo Mendes
(UESPI)

Dedico este trabalho à mulheres que enfrentam ou já enfrentaram o câncer de mama, à minha família, mãe, irmãos e ao meu esposo por acreditarem em mim e me apoiarem na busca dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer ao meu orientador professor Dr. Luiz Ayrton Santos Junior que mesmo diante da rotina de aulas, atendimentos e eventos, conseguiu disponibilizar tempo para me acompanhar com profissionalismo na realização desse trabalho.

À psicóloga Maria Fernanda de Santos Maluf, que mesmo à distância me ajudou desde a construção do projeto de pesquisa através dos seus conhecimentos sobre psicologia e especialmente devido a sua trajetória de estudos em relação aos aspectos psicológicos no câncer de mama.

À professora Dr^a Lis Cardoso Marinho Medeiros pelo entusiasmo frente a coordenação do curso e por acreditar no potencial de cada um dos alunos que compuseram a primeira turma de mestrado profissional em saúde da mulher.

Aos colegas profissionais que fizeram parte da primeira turma de mestrado em Saúde da Mulher pelo apoio mutuo durante toda essa trajetória.

Aos psicólogos do Hospital Universitário que se mostraram mais do que colegas de trabalho e sim verdadeiros amigos, compreendendo minhas ausências e colaborando com esse momento de forma bastante significativa.

Aos demais profissionais do Hospital Universitário, em especial, aos que fazem parta da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia que estavam sempre disponíveis e interessados a colaborar para que essa pesquisa alcançasse os objetivos propostos.

Ao meu esposo que é o meu grande incentivador, pela paciência, pela compreensão, pelo amor, carinho e apoio dedicado a mim durante a vida e que não poderia ser diferente nesse período tão importante para mim.

A minha querida família, mãe e irmãos pelo amor incondicional e pelo apoio e compreensão durante a realização desse sonho.

E por fim, agradeço a todas as pacientes que se disponibilizaram a colaborar com esse estudo e que acreditaram no meu trabalho permitindo que eu as acompanhasse durante o tratamento oncológico.

IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Tema

Câncer de Mama e Intervenção psicológica

Entidade

Universidade Federal do Piauí- UFPI

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Programa de pós-graduação em saúde da mulher

Campus Universitário Ministro Petrônio Portela - CEP: 64049-550 – Teresina-PI

Telefone: (86) 3215-5885

Equipe

Mestranda

Laís de Meneses Carvalho Arilo

Psicóloga no Hospital Universitário – UFPI

Contato: (86) 99970-8576

Email: lais.arilo@hotmail.com

Orientador

Luiz Ayrton Santos Júnior

Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí. Mestre em Medicina pela USP.

Doutor em Cirurgia pela UFPE. Mastologista e Bioeticista.

RESUMO

O câncer é uma doença que tem origem nos genes de uma célula. A proliferação desordenada dessa célula infiltra tecidos e órgãos dando origem a formação de tumores malignos. O câncer de mama (CM) é a doença oncológica mais frequente entre as mulheres brasileiras e é o câncer que mais mata no Brasil e no mundo. Atualmente, tratamentos sofisticados têm permitido o alcance da cura ou o prolongamento da vida com qualidade. Porém, a representação simbólica do câncer não mudou e a população permanece associando o diagnóstico a sofrimento, dor e morte. O câncer de mama tem como uma de suas consequências a presença de sintomas psicológicos que requerem avaliação e verificação da necessidade do acompanhamento psicológico durante o tratamento. Dentre os sintomas possíveis, a ansiedade e a depressão aparecem de forma significativa na maioria das mulheres durante o tratamento. Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da intervenção psicológica para o tratamento de mulheres com câncer de mama. A amostra foi composta por 26 mulheres divididas de forma alternada em grupo controle e grupo intervenção. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados o questionário sociodemográfico e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Após análise estatística foi observado que a ansiedade diminuiu significativamente após a realização das sessões de intervenção psicológica, enquanto que no grupo controle não houve diferença significativa entre os dois momentos das entrevistas. O mesmo ocorreu para a depressão, pois no grupo de intervenção foi observado diferença significativa ao nível 1% entre as médias da escala proposta. Conclui-se que a estratégia de intervenção psicológica utilizada neste estudo é benéfica para o alívio dos sintomas psicológicos, especialmente para ansiedade e depressão, e, conseqüentemente, para promoção do bem-estar e da qualidade de vida das mulheres que convivem com a doença.

Palavras chaves: Ansiedade. Depressão. Intervenção psicológica. Câncer de Mama.

ABSTRACT

Cancer is a disease that originates in the genes of a cell. The disordered proliferation of this cell infiltrates tissues and organs giving rise to the formation of malign tumors. Breast cancer (CM is the most common cancer disease among Brazilian women and is the cancer that kills most in Brazil and in the world. Nowadays, sophisticated treatments have allowed the reach of healing or the prolongation of life whith quality. However, the symbolic representation of cancer has not changed and the population continues to associate the diagnosis with suffering, pain and death. The Breast cancer has as one of its consequences the appearing of psychological symptoms that require an evaluation and verification of the need for psychological counseling during treatment. Among the possible symptoms, anxiety and depression appear in a significant way in most of women during the treatment. This study aimed to evaluate the effectiveness of psychological intervention for the treatment of women with breast cancer. The sample was composed of 26 women divided alternately in the control group and the Hospital Anxiety and Depression Scale were used as a data collection instrument. After statistical analysis, it was observed that anxiety decreased significantly after the psychological intervention sessions, as well as in the control group there was no significant difference between the two moments of the interviews, the same occurred for depression, therefore in the intervention group, a significant difference was observed at the 1% level, among the averages of the proposed scale. It's concluded that the strategy of psychological intervention used in this study is beneficial for the relief of psychological symptoms, especially for anxiety and depression, and consequently, to promote the well-being and quality of life of women whom live with the disease.

Keywords: Anxiety. Depression. Psychological Intervention. Breast cancer.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCO	American Society of Clinical Oncology
CM	Câncer de Mama
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
FMCS	Fundação Maria Carvalho Santos
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HU	Hospital Universitário
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** – Perfil socioeconômico das pacientes em tratamento quimioterápico no HU- UFPI, Teresina, PI, Brasil, 2017 37
- TABELA 2** – Perfil clínico das pacientes em tratamento quimioterápico no HU- UFPI. Teresina, PI, Brasil, 2017 39
- TABELA 3** – Frequência das respostas quanto à ansiedade das pacientes em tratamento quimioterápico no HU – UFPI, Teresina, PI, Brasil, 2017 40
- TABELA 4** – Frequência das respostas quanto à depressão das pacientes em tratamento quimioterápico no HU – UFPI, Teresina, PI, Brasil, 2017. 42

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 – Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária no Brasil. 16
- FIGURA 2 – Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária no Piauí. 17
- FIGURA 3 – Comparação das médias da HADS antes e após o período das sessões de intervenção psicológica, em ambos os grupos. Teresina, PI, Brasil, 2017. 43
- FIGURA 4 – Matriz de correlação com as principais relações lineares entre as variáveis socioeconômicas e clínicas com a escala HADS do grupo de intervenção. Teresina – PI, 2017. 44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 O CÂNCER DE MAMA	16
2.2 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	19
2.3 IMPACTO PSICOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA.....	20
2.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO	25
2.5 ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO	26
2.6 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA – Gestalt – terapia de curta duração.....	27
3 OBJETIVOS DA PESQUISA	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	34
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	35
4.6 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	35
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	36
5 RESULTADOS.....	37
6 DISCUSSÃO	45
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES	60
APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados	61
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	63
ANEXOS	65
ANEXO A – Escala hospitalar de ansiedade e depressão.....	66
ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo à revista	68

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que tem origem nos genes de uma célula. A proliferação desordenada dessa célula infiltra tecidos e órgãos dando origem a formação de tumores malignos. (INCA, 2015; YAMAGUCHI, 2003). No Brasil, o câncer de mama (CM) é o maior responsável por mortes em mulheres por esse tipo de doença, e a estimativa para 2016 era de 57.960 casos no país. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), é registrada no Brasil uma média 14 mil mortes por câncer de mama a cada ano. (INCA, 2017).

Com o avanço da tecnologia e da medicina, observou-se progressos importantes em relação ao diagnóstico e tratamento do câncer. Atualmente, tratamentos sofisticados têm permitido o alcance da cura ou o prolongamento da vida com qualidade. Porém, a representação simbólica do câncer não mudou e a população permanece associando o diagnóstico a sofrimento, dor e morte. (KOVÁCS, 2016).

Segundo Wanderley (2003), tanto o diagnóstico de câncer de mama como o seu tratamento representam um trauma psicológico importante para a maioria das mulheres. A mama é um órgão do corpo repleto de representação psicológica, que, quando afetado, pode provocar reações de sofrimento, medo de rejeição, sentimentos de inferioridade e repercussão na autoimagem e sexualidade da mulher.

O câncer de mama tem como uma de suas consequências a presença de sintomas psicológicos que requerem avaliação e verificação da necessidade de acompanhamento psicológico durante o tratamento. (SANTICHI et al., 2012). É possível perceber que o impacto do diagnóstico e o tratamento do câncer costumam vir acompanhados de sintomas psicológicos significativo, sendo um momento de exacerbação de conflitos emocionais e de tomada de decisões.

Dentre os sintomas possíveis, a ansiedade e a depressão aparecem de forma significativa na maioria das mulheres em tratamento de câncer de mama. (FERREIRA et al., 2015).

Estudos brasileiros mostram que a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama é de 20 a 30 por cento. (CANGUSSU et al., 2010; FERREIRA et al., 2015; SANTICHI et al., 2012).

SHOU et al. (2001) salientam sobre a importância da utilização de meios que ajudem o profissional de saúde a avaliar e identificar os riscos de ansiedade e depressão, bem como realizar intervenções com as pacientes para minimizar a morbidade emocional no período posterior ao tratamento.

Portanto, tão importante quanto perceber e compreender os aspectos psicológicos decorrentes do câncer de mama é a necessidade de tratar e minimizar o sofrimento causado pelo impacto da doença. Dessa forma, observa-se que as intervenções psicológicas devem acompanhar e fazer parte de todas as etapas do tratamento da mulher com câncer de mama.

Muito se tem estudado sobre os aspectos psicológicos do câncer de mama na vida da mulher. Porém, no Brasil pouco se observa estudos de intervenção que avaliem e proponham condutas para o acolhimento e tratamento desses aspectos.

Saúde da mulher engloba o cuidado holístico, requer atenção além das necessidades físicas e reprodutivas, valoriza as dimensões sociais, emocionais e espirituais de modo a humanizar a atenção à saúde. (LOPES, 2014).

Visando à atenção integral à saúde da mulher com câncer de mama e auxiliar essa paciente a enfrentar o seu adoecimento de forma mais adaptativa, a realização deste estudo se justifica no fornecimento de bases teóricas para utilização dessa estratégia no âmbito hospitalar e uma melhor adaptação e ajustamento psicológico ao tratamento e reabilitação para mulheres com câncer de mama.

Portanto, este estudo objetiva avaliar a intervenção psicológica no tratamento oferecido à mulher com câncer de mama. Pretende-se responder à seguinte questão: a intervenção psicológica pode minimizar os sintomas psicológicos gerados na mulher no período de tratamento de câncer de mama?

Pensando em auxiliar a mulher nesta condição a enfrentar o seu adoecimento de forma mais adaptativa e favorecer a diminuição da morbidade causada pela condição psicológica, esse estudo visa propor uma intervenção psicológica para avaliar a melhora dos sintomas psicológicos relacionados à doença.

De maneira geral a pesquisa busca esclarecer o seguinte questionamento:

- A intervenção psicológica é uma estratégia eficaz para o alívio da ansiedade e dos sintomas de depressão na mulher que irá se submeter ao tratamento de câncer de mama?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CÂNCER DE MAMA

Câncer é a denominação utilizada a um conjunto de doenças que apresentam como característica o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Essas células se dividem rapidamente e costumam ser agressivas e incontroláveis formando os tumores malignos. A neoplasia mamária é o tipo de câncer que mais atinge o sexo feminino, sendo a maior causa de mortes por este tipo de doença no Brasil. (INCA, 2017). Esse câncer tem como uma de suas consequências a presença de sintomas psicológicos que requerem avaliação e verificação da necessidade de acompanhamento psicológico durante o tratamento.

Figura 1 – Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	61.200	61,82	13.940	64,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.960	56,20	18.990	79,37
Colo do Útero	-	-	-	-	16.340	15,85	4.550	19,07
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.330	17,49	4.430	20,59	10.890	10,54	3.230	13,49
Cólon e Reto	16.660	16,84	5.560	25,80	17.620	17,10	6.210	25,95
Estômago	12.920	13,04	3.130	14,54	7.600	7,37	2.180	9,07
Cavidade Oral	11.140	11,27	2.780	12,95	4.350	4,21	1.230	5,04
Laringe	6.360	6,43	1.600	7,50	990	0,94	320	0,97
Bexiga	7.200	7,26	2.110	9,79	2.470	2,39	830	3,21
Esôfago	7.950	8,04	1.460	6,75	2.860	2,76	610	2,27
Ovário	-	-	-	-	6.150	5,95	2.170	8,92
Linfoma de Hodgkin	1.460	1,46	450	1,74	1.010	0,93	400	1,33
Linfoma não Hodgkin	5.210	5,27	1.550	7,15	5.030	4,88	1.670	7,02
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46
Sistema Nervoso Central	5.440	5,50	1.290	5,86	4.830	4,68	1.250	5,20
Leucemias	5.540	5,63	1.370	6,38	4.530	4,38	1.180	4,88
Corpo do Útero	-	-	-	-	6.950	6,74	2.530	10,47
Pele Melanoma	3.000	3,03	840	3,86	2.670	2,59	740	2,96
Outras Localizações	51.850	52,38	11.890	55,45	47.840	46,36	11.820	49,33
Subtotal	214.350	216,48	52.750	245,63	205.960	199,57	61.710	257,55
Pele não Melanoma	80.850	81,66	17.370	80,90	94.910	91,98	21.910	91,65
Todas as Neoplasias	295.200	298,13	70.120	326,51	300.870	291,54	83.620	348,99

*Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: INCA, 2017.

A estimativa em 2016 apontava para o surgimento de 18.990 novos casos de câncer de mama nas capitais brasileiras para cada 100 mil habitantes. Representando assim a maior taxa perdendo apenas para o câncer de pele não melanoma, conforme Tabela 1.

No Piauí dados no Instituto Nacional do Câncer (INCA,2017) apontavam uma estimativa de 580 novos casos de câncer de mama feminino para cada 100 mil habitantes, como pode-se observar na Tabela 2.

Figura 2 – Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária* Piauí.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	890	55,41	210	53,60	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	580	34,39	230	50,03
Colo do Útero	-	-	-	-	410	24,51	140	30,32
Traqueia, Brônquio e Pulmão	170	10,53	60	14,59	110	6,43	40	8,59
Cólon e Reto	130	8,00	50	13,42	120	7,31	60	12,84
Estômago	120	7,41	30	7,23	90	5,12	20	5,09
Cavidade Oral	80	4,95	30	6,97	60	3,60	**	3,38
Laringe	50	3,40	20	4,29	20	1,10	**	1,41
Bexiga	40	2,66	**	3,54	20	1,12	**	1,59
Esôfago	60	3,88	20	4,24	20	1,38	**	1,92
Ovário	-	-	-	-	80	4,58	30	7,49
Linfoma de Hodgkin	20	1,30	**	3,16	**	0,16	**	0,46
Linfoma não Hodgkin	70	4,24	30	6,87	40	2,49	20	4,12
Glândula Tireoide	30	1,87	**	2,32	100	6,18	40	8,07
Sistema Nervoso Central	70	4,54	30	6,89	60	3,38	20	4,96
Leucemias	80	5,19	30	7,34	70	4,08	20	4,99
Corpo do Útero	-	-	-	-	70	4,18	20	5,12
Pele Melanoma	30	2,04	**	3,53	30	2,07	**	1,66
Outras Localizações	500	30,99	150	37,36	430	25,54	120	27,31
Subtotal	2.340	144,99	700	174,18	2.320	138,19	820	179,10
Pele não Melanoma	880	54,26	130	33,36	910	54,36	100	22,51
Todas as Neoplasias	3.220	199,52	830	206,53	3.230	192,40	920	200,94

*Números arredondados para múltiplos de 10. / **Número de casos menor que 15.

Fonte: INCA, 2015.

Existem dois tipos de câncer de mama mais frequentemente diagnosticados: o carcinoma ductal que tem origem nos ductos mamários e apresenta vários subtipos, representando quase 80% dos casos de câncer mama; e o carcinoma lobular que tem origem nos lóbulos e são diagnosticados em cerca de 8 a 15% dos carcinomas da mama. (SARAIVA et al., 2011).

O câncer de mama se apresenta em fases ou estadiamentos. O tumor *in situ* é quando as células estão localizadas e é nesse caso que a doença apresenta as melhores condições de tratamento. O tumor infiltrado é quando as células cancerígenas invadem áreas vizinhas e apresentam potencial para atingir

os linfonodos, bem como outros órgãos, podendo ocasionar o processo de metástase. (INCA, 2014).

O câncer de mama, assim como a maioria dos cânceres, não possui uma única causa. Diversos fatores podem estar associados ao aparecimento da doença. Dentre eles, idade, hereditariedade, gravidez tardia, menarca antes dos 12 anos, obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo e alcoolismo. Já os fatores de proteção são a manutenção do peso adequado, hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividades físicas, amamentação, etc. (INCA, 2016).

Segundo Vieira (2016), o principal evento para o aparecimento do câncer de mama é um defeito de reparação no DNA. Porém, fatores ambientais e comportamentais também podem ser determinantes para o aparecimento ou não da doença.

Costa e Menck (2004), acreditam que o mau funcionamento de qualquer proteína relacionada ao reparo do DNA podem favorecer o surgimento de tumores.

O diagnóstico de câncer de mama se dá pela realização de rastreamento através de exames, sendo a mamografia o principal método de diagnóstico por imagem capaz de detectar alterações suspeitas, tumores em fase inicial, bem como ajudar no planejamento terapêutico. (CHALA, et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que as mulheres devem realizar a mamografia de rastreio a partir dos 50 anos. Já a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) recomenda que a mamografia seja realizada anualmente nas mulheres a partir de 40 anos até os 70 anos, observando a sua saúde física e mental. (KOCH; LUNA, 2011; BRASIL, 2008),

O exame preciso e capaz de detectar o tumor mesmo em sua fase inicial é a mamografia. Porém, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2014), a grande maioria dos casos de câncer de mama é detectada em estágio mais avançado e geralmente é percebido pela própria mulher, quando esta conhece o seu próprio corpo e percebe que algo está diferente ou anormal. Os sinais mais comuns detectados pela a paciente são: nódulo fixo e geralmente indolor, alterações no mamilo, pele avermelhada, mama retraída ou com aspecto de casca de laranja, pequenos nódulos na região da axila ou no pescoço, saída de secreção das mamas.

2.2 TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O tratamento do câncer de mama é feito por meio de quimioterapia e cirurgia. Mesmo após a cirurgia para retirada do tumor, pode existir a necessidade de utilização de quimioterapia e hormonioterapia em um tratamento sistemático, e ainda a radioterapia para o tratamento das lesões. (MALUF, 2006). Nos estágios iniciais, o tratamento pode ser cirúrgico, associado ou não à quimioterapia neoadjuvante. (VIEIRA, 2016).

De acordo com Almeida Júnior et al. (2011), o tratamento do câncer de mama deve ser baseado em um conjunto de fatores e características individuais da mulher que apresenta o tumor. São essas características que vão determinar a eficácia ou não do tratamento proposto.

Atualmente cresceu o número de casos nos quais é possível a realização da cirurgia conservadora no tratamento do câncer de mama. Nesse caso, a área tumoral é completamente removida com margens de segurança preservando a mama acometida pelo tumor. Esse tipo de cirurgia é indicado para tumores não palpáveis detectados por exames de imagem. (FRASSON et al., 2011).

Porém, ainda existem casos nos quais não é possível conservar a mama, sendo necessária a remoção total da glândula mamária, podendo preservar ou não os músculos peitorais e o complexo aréolo-papilar. Esse tipo de cirurgia, em geral, é indicado nos casos de tumores invasivos multicêntricos ou multifocais, carcinoma intraductal grau III, medindo mais de 2,5 cm, e em casos nos quais a radioterapia não pode ser realizada. (FRANCO; MALFACINI; SILVA, 2011).

Outra modalidade de tratamento é a quimioterapia. Segundo Santos Junior (2010), a quimioterapia é de grande importância no tratamento sistêmico do câncer de mama, mas costuma trazer sentimentos de ansiedade, angústia, medo e incerteza que devem receber atenção da equipe multidisciplinar.

A escolha do tipo de tratamento quimioterápico depende do risco de recorrência da doença e das características do tumor. O tratamento quimioterápico pode ser: a) neoadjuvante, também conhecida como quimioterapia primária, que consiste no tratamento realizado antes da cirurgia e que tem como finalidade diminuir o tamanho do tumor; b) adjuvante, que é tratamento realizado

após a cirurgia com objetivo de eliminar possíveis focos micrometastático. (ARAÚJO; ANDRADE, 2011; BINES; VICTORINO, 2011).

Dentro do arsenal terapêutico para o câncer de mama, é possível citar a hormonioterapia, que pode ser adjuvante ou neoadjuvante, como uma etapa do tratamento indicada para pacientes que apresentam expressão dos receptores hormonais: estrogênio ou progesterona. (HEGG; MATTAR, 2011).

Já para o controle local da doença o tratamento complementar indicado é a radioterapia. A indicação da radioterapia (dose e tempo de duração) irá depender da avaliação clínica do caso, levando em consideração o estado geral, tratamentos anteriores, comorbidades e condições clínicas da paciente. (POLONIA; POLONIA; POLONIA, 2011).

2.3 IMPACTO PSICOLÓGICO DO CÂNCER DE MAMA

O impacto da notícia sobre o diagnóstico de câncer de mama, assim como de vários outros tipos de neoplasias, remete ao medo da morte. O paciente com câncer ainda sofre preconceitos e, muitas vezes, por falta de informação e esclarecimentos, recebe o diagnóstico como uma sentença de morte, mesmo quando há a possibilidade de cura. (CARVALHO, 2002).

Além do impacto do diagnóstico, o tratamento do câncer de mama costuma trazer efeitos psicológicos significativos na qualidade de vida, na sexualidade e na percepção da própria imagem, bem como angústia, depressão e ansiedade. (AVELAR et al., 2006).

De acordo com MEDEIROS e NUNES (2001) existe alta incidência de sintomas de ansiedade nos pacientes com câncer de mama e essa condição influencia diretamente no bem-estar das pacientes. A ansiedade pode aparecer em consequência do impacto causado pelo diagnóstico, mas também durante todo tratamento, ou até mesmo após a cirurgia.

O impacto do diagnóstico de câncer de mama pode perdurar até mesmo no momento pós-tratamento. SHOU et al. (2001), realizaram uma pesquisa com 165 mulheres que haviam recebido diagnóstico de câncer de mama no Hospital Universitário Ullevaal em Oslo, Noruega. Reavaliando essas mulheres após um

ano de tratamento, evidenciou-se que ansiedade e depressão permaneciam com escores significativos.

As pesquisas na área evidenciam a existência de ansiedade e depressão no pré-operatório de cirurgia de retirada do câncer de mama, sobretudo na mastectomia. SHOU et al. (2001) salientam sobre a importância da utilização de meios que ajudem o profissional de saúde a identificar e avaliar os riscos de ansiedade e depressão, bem como realizar intervenções com as pacientes para minimizar a morbidade emocional no período posterior ao tratamento.

Vários trabalhos evidenciam o impacto do diagnóstico do câncer de mama na vida das mulheres. Estudos psicológicos sugerem que de 20 a 30% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama apresentaram morbidade emocional no primeiro e segundo ano após o diagnóstico. (IRVINE, 1991).

Os efeitos psicológicos podem perdurar durante todo o tratamento, em especial quando há necessidade da mastectomia radical e das cirurgias reconstrutoras. Esses efeitos psicológicos e emocionais refletem na vida sexual, doméstica e profissional da mulher. (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

Ao descobrir-se com câncer de mama, a mulher passa por um processo de incertezas e conflitos internos. A reação inicial mais comum é a negação, e com isso a mulher busca outros profissionais com objetivo de ouvir uma resposta contrária ao primeiro diagnóstico, até alcançar a fase de aceitação e ir em busca de um tratamento. (MALUF, 2006).

Kubler-Ross (1996) descreve as etapas que acompanham o paciente com câncer em fase terminal, mas que costumam estar presente também em pacientes com bom prognóstico. O primeiro estágio é a negação, que costuma vir no momento do diagnóstico, quando o paciente busca novos exames ou profissionais na tentativa de ter uma resposta contrária ao diagnóstico. Em seguida o paciente pode desenvolver sentimento de raiva ou revolta em relação a doença por esta ter interrompido seus planos de vida. Com atitude de barganha, o paciente negocia, faz promessas em busca de obter um maior tempo de vida. O quarto momento é vivenciado com atitudes de depressão, tristeza e retraimento. Por fim, o paciente tende a desenvolver uma atitude de aceitação em relação à sua atual condição.

Para Cassorla (2009), alcançar o estágio de aceitação requer ajuda e apoio emocional durante todo o tratamento. Esses estágios podem não ocorrer de modo linear e o paciente pode até mesmo não chegar à aceitação. Ressalta-se, assim, a importância de um acompanhamento psicológico com objetivo de ajudar o paciente a desenvolver recursos de enfrentamento e adaptação.

Segundo Shinzato et al. (1994), a primeira reação de uma mulher ao receber o diagnóstico de câncer de mama e da iminência da perda do seio, é a tentativa, mesmo que nula, de salvação deste órgão adoecido. Esse fato pode estar relacionado com o significado que a mama tem para a mulher.

Para BASEGIO (apud MALUF, 2006), a mama tem sua função ligada não somente a maternidade e sexualidade, mas também, culturalmente, desempenha um papel importante na construção da identidade corporal feminina, bem como aos sentimentos de autoestima da mulher.

A cirurgia é vista muitas vezes pela mulher com câncer de mama como a única etapa do tratamento. A mulher, talvez movida pela reação emocional da negação, compreende a cirurgia como uma intervenção que vai ajudá-la a “acabar com isso logo”. Ao tomar consciência que essa foi apenas a primeira etapa do tratamento, se inicia um processo de luto em relação aos aspectos da feminilidade. (MALUF; MORI; BARROS, 2005).

Bartilotti (2002) acredita que o tratamento cirúrgico para o câncer de mama gera sofrimento psíquico para grande maioria das pacientes, tendo em vista que, para as mulheres, a mama tem importância para imagem corporal e sua identidade feminina, assim como para seu papel de mãe nutriz e na sexualidade, funcionando como órgão de contato.

Um processo cirúrgico pode gerar na mulher uma significativa ansiedade, aflorar sentimento de angústia e medos, dentre eles, o medo de morrer, medo da anestesia, da cirurgia em si, e o medo de contrair infecções. (BARTILOTTI, 2002).

Um estudo realizado por Larson et al. (2000), com 41 pacientes recém-diagnosticados com câncer de mama, evidenciou a eficácia de intervenção psicológica no pré-operatório de mulheres com câncer de mama, no que diz respeito à redução do sofrimento psíquico e a melhora da função imunológica dessas pacientes.

Os aspectos psicológicos estão presentes e desempenham um importante papel durante toda a trajetória da mulher em tratamento do câncer de mama. (DIDIÉ et al., 2012).

Entende-se como aspectos psicológicos:

As manifestações da subjetividade humana diante da doença, tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer. (SIMONETTI, 2011, p. 16).

Nas últimas décadas, o tratamento do câncer de mama tem melhorado significativamente. No entanto, permanece representando sofrimento físico e psíquico para os pacientes que sofrem por essa doença. Dentre os sintomas psicológicos relacionados ao câncer de mama, a ansiedade e a depressão são os mais comuns. (BREDAL, 2014).

Para Ferreira et al. (2015), a detecção precoce de sinais e sintomas de ansiedade e depressão é extremamente importante e fundamental na prevenção de complicações de ordem emocional relacionadas ao câncer de mama. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional, atenção à singularidade de cada mulher em tratamento desta doença e a utilização de recursos que possam facilitar a identificação do nível de ansiedade bem como o potencial para o desenvolvimento da depressão durante o tratamento.

Segundo Venâncio (2004), o psicólogo é um profissional fundamental no tratamento integral do câncer de mama, pois mediante intervenções é capaz de ajudar o paciente e sua família a desenvolver recursos psíquicos de enfrentamento e ajustamento à doença. Sua atuação também contribui para o bem-estar psicológico e para a redução de distúrbios emocionais como ansiedade e depressão.

De acordo com Gimenes (2003), é crescente o número de pesquisas que demonstram preocupação em aplicar os conceitos psicológicos para prevenção, tratamento, reabilitação e manejo da terminalidade em pacientes oncológicos. A interação dos conceitos psicológicos com o câncer fez surgir a interface entre psicologia e oncologia, o que hoje chamamos de psiconcologia. Essa área de conhecimento vem para dar destaque aos aspectos psicológicos e sociais

relacionados à etiologia do câncer, como também à sua prevenção e reabilitação, além de favorecer a assistência integral ao paciente oncológico e sua família.

A intervenção psicológica em nível terciário de cuidado, ou seja, as realizadas durante o tratamento, possuem os seguintes objetivos: a) levar o paciente oncológico a aderir ao tratamento da melhor forma possível, compreendendo os riscos da não adesão; b) auxiliar o paciente a tomar decisões e resolver problemas com o menor sofrimento; c) favorecer o conhecimento e a utilização de técnicas de enfrentamento para melhora adaptação ao adoecimento. (GIMENES, 2003).

Um estudo realizado na Pensilvânia, Estados Unidos, aponta que 44% das pacientes pesquisadas relataram ansiedade ou depressão, porém apenas 23% referiu discutir isso com os médicos. Esses achados sugerem que deve haver uma maior disponibilidade e oportunidade para envolver as pacientes em diálogos sobre apoio emocional em ambientes clínicos, esse apoio seria prestado por meio de informações, ou seja, sugere que a boa comunicação pode ser eficaz para promover boas estratégias de enfrentamento e adaptação à situação de adoecimento por câncer de mama. (AKECHI et al., 2015).

Já outro estudo publicado em 2015 investiga a prevalência de ansiedade clínica e o possível impacto desse sintoma na qualidade de vida das pacientes curadas do câncer de mama. Esse estudo conclui que quando as necessidades psicológicas das pacientes não são trabalhadas, os níveis de ansiedade aumentam mesmo depois do tratamento, e que gerir a ansiedade melhora a qualidade de vida. (AKECHI et al., 2015).

Os resultados desses estudos sugerem que os sobreviventes de câncer de mama permanecem precisando de apoio psicológico e psicossocial para diminuir os níveis de ansiedade. Foi observada a correlação entre fadiga e nível de ansiedade. Esse resultado segue a linha de achados em revisões sistemáticas anteriores que sugerem que os sobreviventes do câncer de mama permanecem sofrendo com o sintoma de fadiga mesmo após o tratamento antineoplásico. Esse dado é importante tendo em vista que a fadiga é um dos sintomas da ansiedade generalizada. Portanto, estes resultados sugerem que as intervenções utilizadas para reduzir os níveis de ansiedade dos pacientes de câncer de mama também pode ajudar reduzir a quantidade de fadiga que sentem.

Akechi et al. (2015) refere estudos anteriores que indicam de forma consistente que os pacientes preferem psicoterapia a tratamentos farmacológicos para a resolução de conflitos psicológicos e sugere que a implantação de um programa de intervenção psicológica para o tratamento da ansiedade pode trazer significativos benefícios para pacientes com câncer de mama.

Brenelli e Brenelli (2011), no Tratado de Mastologia da SBM, descrevem a importância do tratamento multiprofissional na abordagem ao paciente com câncer de mama. É importante conhecer as influências dos transtornos psíquicos envolvidos no câncer de mama, tanto na evolução do tratamento, quanto na sintomatologia orgânica e na relação médico – paciente. Segundo esses autores, é necessário reconhecer o significado existencial da doença.

2.4 ANSIEDADE E DEPRESSÃO

O diagnóstico e tratamento do câncer de mama são considerados angustiantes e repletos de consideráveis consequências psicológicas. Sendo a ansiedade e a depressão aspectos que favorecem a redução da qualidade de vida da mulher acometida pela doença. (JASSIM et al., 2015).

De acordo com Camargo (2013), a ansiedade faz parte da vida do ser humano e pode ser algo motivador para novos desafios ou aprisionador de desejos e ações.

Entende-se por ansiedade um sentimento difuso, apreensivo e desagradável que geralmente vem acompanhado por cefaleia, palpitações, desconforto abdominal e aperto no peito. Esses sintomas funcionam como sinais de defesa frente a uma situação ameaçadora. (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Já a depressão é considerada um problema de saúde pública e que nos casos mais graves pode levar ao suicídio. (ABELHA, 2014). É definida como um transtorno mental caracterizado por humor deprimido, tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, baixa autoestima, atenção reduzida, sentimento de culpa e pode apresentar ainda distúrbios do sono ou do apetite. (WHO, 1993).

A depressão é considerada o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes com câncer. Estudos mostram que a prevalência de depressão nesses

pacientes varia de 22% a 29%. Especificamente em relação ao câncer de mama, os percentuais de depressão variam de 10% a 25%, sendo o tratamento adjuvante um fator associado ao aumento dos sintomas depressivos. (BOTTINO; FRÁGUAS; GATTAZ, 2009).

Segundo o relatório mundial de saúde mental, a ansiedade e a depressão se apresentam como consequência da incapacidade do paciente em se adaptar a uma situação de estresse. De acordo com esse relatório, as pessoas que procuram enfrentar e discutir sobre seus problemas tendem a funcionar melhor no decorrer da vida. (WHO, 2001).

2.5 ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Inicialmente a Escala Hospitalar de Ansiedade Depressão (HADS) foi desenvolvida para ser aplicada em enfermarias não psiquiátricas, com objetivo de identificar transtornos psiquiátricos. Pensou-se em uma escala breve e que se limitasse a dois aspectos da neurose: ansiedade e depressão. (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão é um instrumento que foi validado no Brasil a partir de estudos realizados por Neury Botega para avaliar ansiedade e depressão em paciente, sem recorrer a sintomas vegetativos, sendo bastante utilizada em situação hospitalar para avaliar transtornos de humor. (BOTEGA, et al., 1995).

A escala é composta por 14 (quatorze) questões de múltipla escolha, sendo divididas em duas sub-escalas: sete questões para ansiedade e sete para depressão. É considerada curta e pode ser autoaplicável. (BOTEGA, et al., 1995).

Botega et al. (1995), no trabalho realizado para validação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, ressalta a importância desse instrumento como uma ferramenta capaz de revelar casos de transtorno do humor que antes poderiam passar despercebidos pelos profissionais de saúde.

2.6 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA – Gestalt – terapia de curta duração

Nas últimas décadas, inúmeros tipos de intervenções psicológicas foram desenvolvidos para facilitar a adaptação do paciente ao diagnóstico de câncer. Essas intervenções têm sido utilizadas com o objetivo de minimizar o sofrimento pelo qual passam as pacientes após o diagnóstico. (BREDAL et al., 2014; JASSIM et al., 2015).

Estudos revelaram (imediatamente após a intervenção e/ou até seis meses) efeitos benéficos para estas intervenções, tais como diminuição da ansiedade e da depressão, assim como melhor ajustamento da paciente em relação ao câncer. Contudo, os resultados não são considerados consistentes, tendo em vista as limitações apresentadas pelos estudos, como a dificuldade de avaliação pós-terapia e a amostra reduzida. (BREDAL et al., 2014).

Bredal et al. (2014) realizou um ensaio randomizado que apresentou resultados sobre os efeitos da psicoeducação versus intervenção de grupo de apoio em pacientes com câncer de mama em estágio inicial, e concluiu que os dois tipos de intervenção apresentaram resultados positivos em relação à melhora do sofrimento emocional das pacientes. Porém, o estudo indica que a psicoeducação melhora o enfrentamento e favorece uma melhor adaptação apenas em curto prazo.

Uma pesquisa de literatura que inclui 28 estudos sobre intervenção psicológica, sendo 24 desses baseados na terapia cognitivo-comportamental, concluiu que as pacientes submetidas às intervenções apresentaram diminuição da ansiedade, depressão e de alterações do humor. (JASSIM; WHITFORD; HICKEY, 2015).

Diante da proposta do mestrado profissional em saúde da mulher em realizar intervenção em saúde com o objetivo de trazer benefícios mensuráveis a um problema levantado, foi utilizado nesse trabalho um modelo de intervenção psicológica breve, tendo como base de sustentação teórica a Gestalt-terapia individual de curta duração.

Embora, na literatura exista uma escassez de trabalhos de intervenção que tenham como base teórica a Gestalt-terapia, a escolha dessa teoria se deu por inclinação ideológica e prática da pesquisadora.

Entende-se Gestalt-terapia como uma abordagem psicológica de fundamentação fenomenológica e existencial, sendo uma forma particular de conceber as relações do ser vivo com o mundo. É uma visão de mundo que sustenta a prática de psicólogos em diferentes campos de trabalho, dentre eles, no contexto hospitalar, valorizando a saúde mental das pessoas que ali se encontram. (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014; D'ACRI; LIMA; ORGLER; 2007).

Segundo Silva e Boaventura (2011), Gestalt-terapia é uma abordagem capaz de ressignificar o processo de adoecer, favorece o desenvolvimento do auto-suporte da paciente para que ela própria possa desenvolver recursos internos de enfrentamento da doença. O olhar da Gestalt-terapia é para a totalidade do sujeito, é um olhar que favorece o respeito às emoções envolvidas no câncer e que possuem relação com a história de vida de cada um, bem como está relacionado às suas experiências vivenciadas.

Psicoterapia é:

Um método de tratamento desenvolvido por um profissional treinado, com o objetivo de reduzir ou remover um problema, queixa ou transtorno definido de um paciente ou cliente que deliberadamente busca ajuda. (Cordioli, 2008).

Segundo Pinto (2009), psicoterapia é um processo de diálogo entre duas pessoas profundamente comprometidas em alcançar os objetivos propostos por uma delas, o cliente. É um processo de mudança benéfica do cliente onde o terapeuta coloca-se a serviço do outro sem expectativas, de forma autêntica e plena.

A psicoterapia individual é descrita por Pinto (2009) como um encontro de duas pessoas (terapeuta e cliente/paciente) com o objetivo de ampliar a consciência e a vivacidade do paciente, bem como favorecer alternativas criativas para avaliar pontos de vista e posturas que afetam os sentimentos e comportamentos da pessoa que busca auxílio profissional.

A Gestalt- terapia individual de curta duração:

É um processo no qual o cliente e psicoterapeuta se envolvem em soluções imediatas de situações de qualquer ordem, vividas pelo cliente como problemática, utilizando todos os recursos disponíveis, de tal modo que no mais curto espaço de tempo o cliente possa se sentir confortável para conduzir sua própria vida. (Ribeiro, 1999).

Segundo Pinto (2009) é cada vez maior a procura, atualmente, por trabalhos terapêuticos que sejam úteis em um tempo relativamente curto e que acompanhem a cultura do século XXI.

A psicoterapia breve é um tipo de tratamento psicoterápico que passou a ganhar espaço como uma forma que responde efetivamente a questões e necessidades da sociedade atual. Necessidade de tempo, dificuldades econômicas, globalização e o surgimento de novas doenças favoreceram a busca das pessoas por um modelo de psicoterapia efetiva, profunda, porém de modo abreviado. (RIBEIRO, 1999; PINTO, 2009).

Entretanto, muito mais do que associar a psicoterapia breve a um tratamento psicológico curto, deve-se pensar, dentro de uma abordagem teórica, estratégias criativas para resolução de problemas de um paciente, mas mantendo a visão holística diante do sujeito que busca por apoio.

Na literatura, a psicoterapia breve apresenta várias denominações. Dentre elas, as mais comuns são psicoterapia de apoio, de intervenção em crise e de confronto. O que difere em relação a cada nomenclatura é a base ideologia do psicoterapeuta, bem como o sintoma que a pessoa apresenta e a urgência de cada situação. (RIBEIRO, 1999).

A nomenclatura utilizada nesse trabalho é a Gestalt-terapia de curta duração. Esse termo foi proposto por Ribeiro (1999) ao pensar um sistema de psicoterapia no qual:

De um lado, a pessoa se sente inteira, coparticipando de seu processo, usufruindo de sua liberdade de ação e decisão, e, do outro, que o psicoterapeuta esteja inteiro na relação sem perder seus referenciais teóricos, sendo ativo sem ser intruso, sendo direto sem ser autoritário, sendo presente sem ser sufocante, estando atento à experiência imediata sem impor nada, confrontando sem tirar a liberdade do outro de decidir". (Ribeiro, 1999).

A técnica de apoio tem como objetivo a diminuição da ansiedade de pacientes que passam por um processo de adoecimento, remetendo, assim, dificuldades emocionais. Esse tipo de psicoterapia vem ganhando espaço no contexto hospitalar, no acompanhamento de pacientes que apresentam dificuldades de se adaptarem a algum distúrbio somático que os levou ao hospital, seja clínico ou cirúrgico. Costuma ser bastante utilizado em pacientes com câncer de mama. (FERREIRA-SANTOS, 1997).

A psicoterapia de apoio/breve desenvolveu-se inicialmente a partir da psicanálise, porém é considerada uma psicoterapia eclética por ter como base de fundamentação várias abordagens psicológicas. Contudo, para alguns autores, esse modelo na verdade é uma técnica fundamentada em elementos teóricos originários de diferentes escolas de psicoterapia, e não um modelo definido. (WINSTON, 2012; CORDIOLI, 2008).

Essa técnica funciona no auxílio aos pacientes para que se comportem de maneira mais adaptativa diante de uma situação problema, momentos de crise ou de desorganizações temporárias. Oferece ao paciente alternativas de ver e pensar sobre o mundo, suas relações interpessoais e resolução de problemas. (WINSTON, 2012; CORDIOLI, 2008).

No processo de psicoterapia de apoio/breve, o terapeuta serve como auxílio e oferece segurança para o paciente vivenciar o presente, reconhecer suas crenças e experiências dolorosas no aqui e agora. (WINSTON, 2012).

Assim como na Gestalt-terapia de curta duração, os objetivos da psicoterapia de apoio são alívio de sintomas, alívio da dor, melhora da autoestima, adaptação e regulação da função geral, bem como favorecer o crescimento psicológico do paciente tanto no que diz respeito à maturidade emocional e autonomia, como em relação a sua auto imagem, melhorando sua capacidade de julgamento da realidade e de administrar de forma criativa seus problemas. (FERREIRA-SANTOS, 1997; RIBEIRO, 1999; CORDIOLI, 2008). Tais objetivos devem estar de acordo com os interesses do paciente para que seja realizado um vínculo terapêutico satisfatório.

O modelo psicoterápico da Gestalt-terapia de curta duração exige do psicoterapeuta uma avaliação cuidadosa do processo pelo qual o paciente passa, para que possa examinar se de fato essa a abordagem breve é o modelo a ser

utilizado para aquela demanda. É necessário estabelecer um plano de trabalho para se alcançar o objetivo levantado pelo cliente. (RIBEIRO, 1999).

A duração da psicoterapia é algo difícil de determinar. Embora a literatura aponte a prática da psicoterapia breve, com um número de sessões que variam entre 15 e 25, para Ribeiro (1999), a quantidade de sessões pode variar de acordo com a necessidade do paciente, com a sua capacidade interna de se ajudar em curto espaço de tempo e com a habilidade do terapeuta em estar na mesma perspectiva do cliente.

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia da intervenção psicológica em mulheres com câncer de mama.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dimensionar o nível de ansiedade das mulheres que se submeteram ao tratamento quimioterápico;
- Aferir o nível de sintomas de depressão das mulheres que se submeteram ao tratamento quimioterápico;
- Comparar os níveis de ansiedade e depressão antes e após o período de intervenção para cada grupo;
- Comparar as variações dos níveis de ansiedade e depressão entre os grupos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa se configurou como um desenho experimental com grupo controle não equivalente, com intervenção, de abordagem quantitativa, que buscou avaliar a intervenção psicológica no processo de tratamento de mulheres com câncer de mama.

Segundo Rocha (2003), as pesquisas de intervenções funcionam como uma ferramenta de transformação da formação e prática profissional onde o sujeito e objeto (pesquisador e pesquisado) fazem parte do mesmo processo. Esse tipo de pesquisa objetiva criar ações ou instrumentos que beneficiem as relações e não apenas visam a revelar ou interpretar desfechos. Dessa forma, as pesquisas de intervenção proporcionam um novo olhar à realidade social a ser estudada.

Foi escolhido esse delineamento por fornecer resultados mais confiáveis que favorecem a avaliação da intervenção psicológica como uma estratégia pertinente para a minimização de sintomas psicológicos gerados pelo o impacto do diagnóstico e pelo tratamento do câncer de mama em mulheres.

O estudo utilizou na intervenção psicológica os pressupostos teóricos da Gestalt-terapia de curta duração. Em média foram realizadas 12 sessões de 50 minutos com cada paciente do grupo intervenção.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Teresina- Piauí. Teve como campo de pesquisa o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) e a Fundação Maria Carvalho Santos (FMCS), que é uma entidade sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, assistencial, educacional e cultural, de defesa e promoção da saúde com área de jurisdição em todo o território nacional. Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2016. As pacientes que foram diagnosticadas na Fundação Maria Carvalho Santos também realizaram o tratamento quimioterápico no Hospital Universitário.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída por mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A amostra foi composta pelas mulheres diagnosticadas pelos mastologistas do Hospital Universitário (HU-UFPI) e da Fundação Maria Carvalho Santos, e que realizaram o tratamento quimioterápico no serviço de oncologia do HU. A amostragem foi sistemática, utilizando sorteio para alocar a primeira participante no grupo controle ou no grupo experimental e as demais foram designadas de forma alternada, conforme a chegada delas ao serviço para tratamento. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ser mulher recém-diagnosticada com câncer de mama, que iriam iniciar o tratamento (grupo intervenção) e mulheres que estavam há três meses em tratamento (grupo controle), maiores de 18 anos. Foram critérios de exclusão: mulheres que apresentaram transtornos psiquiátricos, diagnóstico recidivo de câncer de mama.

Não houve realização de cálculo amostral por se tratar de um estudo de intervenção em condições de tempo limitada. A amostra foi composta por 26 mulheres. Essa amostra foi definida com base no volume de pacientes em tratamento no serviço de oncologia do HU.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas ferramentas para coleta de dados. A primeira compreende o formulário de caracterização das participantes (grupo controle e grupo experimental) e foi dividida em duas sessões: características sociodemográficas, como idade, cor/raça, escolaridade, renda familiar mensal, estado civil; e características clínicas, como data do diagnóstico, frequência de exames diagnósticos, histórico familiar de câncer de mama, etilismo, tabagismo.

Para avaliação dos níveis de ansiedade e depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS*) de autoria de Zigmond & Snaith, 1983, validada no Brasil por Botega et al. (1995). A escala é composta por 14 itens cuja mensuração recebe valores de 0 (zero) a 3 (três), tendo como pontos de corte para ansiedade de 0 (zero) a 8 (oito) – sem ansiedade; e, superior ou igual a 9 (nove) – com ansiedade. Para

depressão, os pontos de cortes são de 0 (zero) a 8 (oito) – sem depressão; e, igual ou maior que 9 (nove) – com depressão. Os valores desses pontos são obtidos a partir do somatório dos valores de todos os itens da escala por participante, gerando um escore total.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi construído um banco no software Microsoft Office Excel 365, na etapa seguinte o banco foi importado e analisado com a utilização do software Action Stat, versão 3.0.2. (EQUIPE ESTATCAMP, 2017). Os resultados encontrados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

A categorização das variáveis do estudo permaneceu a mesma apresentada no formulário da entrevista. Para dados quantitativos, foi calculado a média e o desvio-padrão. A comparação das frequências das respostas de acordo com a natureza das questões (ansiedade e depressão), foi dada mediante teste de comparação de médias, teste t de Student. Para o estudo da variação entre as médias da escala HADS, entre e dentro grupos (intervenção e controle), o teste ANOVA *one-way* foi utilizado e o teste *post-hoc* foi o teste de Tukey (ARANGO, 2009). A averiguação das relações entre as variáveis socioeconômicas e as médias do escore da escala HADS para ansiedade e depressão foi feita através do Coeficiente de Correlação de Kendall, por serem variáveis categóricas.

Assim, para todos os testes estatísticos foram fixados $p \leq 0,05$ o nível para rejeição de nulidade entre as comparações.

4.6 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

As participantes foram divididas em grupo controle (grupo 1) e grupo de intervenção (grupo 2). O grupo 1 foi composto por pacientes em tratamento quimioterápico e que não sofreram nenhum tipo de intervenção psicológica. Já o grupo 2 foi composto por mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama e que passaram por sessão de intervenção psicológica durante os três primeiros meses de tratamento. As mulheres de ambos os grupos responderam ao formulário sociodemográfico e clínico (Apêndice1) e a Escala Hospitalar de

Ansiedade e Depressão (Anexo 1). As mulheres de ambos os grupos controle (grupo 1 e grupo 2), foram avaliadas antes e após três meses do início do tratamento quimioterápico. As pacientes foram diagnosticadas pelos médicos mastologistas do HU - UFPI e da Fundação Maria Carvalho Santos, que as encaminharam para a pesquisa logo após a comunicação do diagnóstico. Os dados coletados foram submetidos a uma análise estatística.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa seguiu os aspectos éticos exigidos e seu projeto submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) seguindo as recomendações da resolução nº 466 de 2012 que regulamenta os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos.

Todos os indivíduos que foram submetidos a essa pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que atesta a anuência do participante da pesquisa após esclarecimento completo sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, possíveis riscos ou incômodo que esta possa acarretar. (BRASIL, 2013).

No que se refere aos riscos da pesquisa, as participantes foram orientadas da possibilidade de sentirem algum desconforto emocional durante as sessões de intervenção psicológica. Porém, esse risco foi minimizado tendo em vista que os atendimentos eram conduzidos por uma psicóloga e em um ambiente reservado e livre de interferências externas. Além disso, a pesquisa apresenta como benefícios a contribuição para avaliação da intervenção psicológica no alívio dos sintomas psíquicos provocados pelo câncer de mama, bem como o favorecimento da utilização dessa intervenção como uma estratégia para promover a atenção integral à saúde da mulher com câncer.

5 RESULTADOS

O presente estudo contou com a participação de 26 pacientes com câncer de mama que se encontravam em tratamento quimioterápico. Quatorze delas foram incluídas no grupo intervenção e doze no grupo controle. As mulheres que participaram do estudo foram caracterizadas quanto aos aspectos socioeconômico (Tabela 1) e clínicos (Tabela 2).

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das pacientes em tratamento quimioterápico no HU- UFPI. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Característica	Intervenção				Controle			
	M	DP	N	%	M	DP	N	%
Idade	48,64	7,28			56,75	14,78		
32 - 42 anos			2	14,29			1	8,33
42 - 52 anos			7	50,00			2	16,67
52 - 62 anos			5	35,71			6	50,00
62 - 84 anos			0	0,00			3	25,00
Cor/raça								
Branca			2	14,29			1	8,33
Preta			4	28,57			3	25,00
Parda			8	57,14			7	58,33
Amarela			0	0,00			1	8,33
Religião								
Católica			14	100,00			12	100,00
Renda familiar								
Sem renda			1	7,14			0	0,00
Até um salário mínimo			4	28,57			7	58,33
1 a 2 salários mínimos			4	28,57			2	16,67
2 a 3 salários mínimos			3	21,43			1	8,33
5 a 10 salários mínimos			1	7,14			2	16,67
Mais de 10 mínimos			1	7,14			0	0,00
Estado civil								
Solteira			3	21,43			1	8,33
Casada/União estável			6	42,86			7	58,33
Separada/Divorciada			3	21,43			0	0,00
Viúva			2	14,29			4	33,33
Escolaridade								
Analfabeto			1	7,14			3	25,00
Ensino fundamental incompleto			5	35,71			4	33,33
Ensino fundamental completo			0	0,00			1	8,33
Ensino médio completo			3	21,43			1	8,33
Educação superior completa			5	35,71			3	25,00
Total			14	100,00			12	100,00

Fonte: Produção da própria autora.

Legenda: M: média; DP: desvio padrão.

Foi constatado que metade das pacientes do grupo intervenção tinha entre 42 e 52 anos de idade (50%). A maioria das mulheres do grupo intervenção era de cor/raça parda (57,1%), todas eram crédulas da religião católica (100,0%), com renda familiar de até um salário mínimo (28,6%) ou de um a dois salários (28,6%). Foram cinco (35,7%) as que tinham ensino médio incompleto e cinco (35,7%) apresentavam educação superior completa. A maioria era casada ou estavam em união estável (42,9%), conforme mostra a Tabela 1.

Dentre as mulheres do grupo controle, 50% apresentavam idade entre 52 e 62 anos. A maioria se declarou de cor/raça parda (50%). Todas as pacientes do grupo controle afirmaram ser da religião católica (100%). Quanto a renda familiar, a maioria possui renda de um salário mínimo (58,3%). A maioria das mulheres desse grupo é casada ou vive em união estável (58,3%). Em relação à escolaridade, as mulheres do grupo controle, em sua maioria, possuíam ensino fundamental incompleto (33,3%).

Quanto ao perfil clínico das entrevistadas, observou-se que a maioria das mulheres do grupo intervenção não realiza exames com frequência (71,4%). Entre as mulheres com histórico familiar de câncer (42,9%), duas (14,3%) possuíam histórico de câncer de mama na família e duas (14,3%), câncer de colo uterino. Dentre as mulheres entrevistadas, metade delas relatou possuir alguma doença importante. Todas as mulheres entrevistadas no grupo intervenção não faziam uso de medicação psiquiátrica (100%). A maioria não faz usos de tabaco (64,3%) e não consome bebida alcoólica (64,3%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil clínico das pacientes em tratamento quimioterápico no HU-UFPI. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Característica	Intervenção		Controle	
	N	%	N	%
Frequência exames (anos)				
Não realiza com frequência	10	71,43	5	41,67
Anual	3	21,43	4	33,33
A cada dois anos	1	7,14	3	25,00
Familiar com diagnóstico de câncer				
Sim	6	42,86	7	58,33
Não	8	57,14	5	41,67
Tipo de câncer do familiar				
Mama	2	14,29	3	25,00
Útero	2	14,29	2	16,67
Reto	1	7,14	0	0,00
Outros	1	7,14	2	16,67
Possui alguma doença importante				
Sim	7	50,00	5	41,67
Não	7	50,00	7	58,33
Faz uso de medicação psiquiátrica				
Não	14	100,00	12	100,00
Uso de tabaco				
Sim	3	21,43	1	8,33
Não	11	78,57	11	91,67
Consumo de bebidas alcoólicas				
Sim	5	35,71	2	16,67
Não	9	64,29	10	83,33
Total	14	100,00	12	100,00

Fonte: Produção da própria autora.

No grupo controle, em relação ao perfil clínico, a maioria das pacientes não realizava exames com frequência (41,7%). Entre as mulheres com histórico familiar de câncer (58,3%), três (25%) possuíam histórico de câncer de mama. A maioria das mulheres afirmaram não possuir alguma outra doença importante (58,3%). Todas não faziam uso de medicação psiquiátrica (100%), e a maioria não fazia uso de tabaco (75%), também não consumiam bebida alcoólica (83,3%).

A Tabela 3 exibe as frequências das respostas às questões que abordavam a ansiedade, antes e após três meses de tratamento no grupo intervenção e no grupo controle. Foi aplicado o teste de comparação de médias, o teste t de Student dentro do grupo (p^1) e entre os grupos (p^2), em que $p \leq 0,05$ significa que diferem estatisticamente. Observou-se na variável “sentir-se tenso ou contraído”, no grupo de intervenção que as sessões psicológicas foram

eficientes, pois após a terapia, houve uma melhora significativa ($p < 0,01$), enquanto que o grupo controle apresentou piora.

Tabela 3 – Frequência das respostas quanto à ansiedade das entrevistadas em tratamento quimioterápico no HU- UFPI. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	Grupos						p ²
	Intervenção			Controle			
	Antes	Depois	p ¹	Antes	Depois	p ¹	
Sentir-se tenso ou contraído							
Nunca	1	3		1	0		
De vez em quando	4	8	<0,01	4	5	1	0,03
Boa parte do tempo	7	3		3	4		
A maior parte do tempo	2	0		4	3		
Medo, algo ruim pode acontecer							
Não sente nada disso	2	5		2	0		
Um pouco, mas não se preocupa	2	4	0,03	3	4	0,17	0,3
Sim, mas não tão forte	7	4		4	4		
Sim, e de um jeito muito forte	3	1		3	4		
Cheio de preocupações							
Raramente	1	3		0	0		
De vez em quando	0	8	<0,01	3	2	0,58	<0,01
Boa parte do tempo	4	3		5	6		
A maior parte do tempo	9	0		4	4		
Não ficar à vontade ou relaxado							
Sim, quase sempre	3	4		4	1		
Muitas vezes	3	5	0,47	5	5	0,17	0,88
Poucas vezes	7	4		2	6		
Nunca	1	1		1	0		
Frio na barriga, aperto no peito							
Nunca	3	2		2	1		
De vez em quando	7	7	0,75	2	1	0,04	0,16
Muitas vezes	3	5		7	8		
Quase sempre	1	0		1	2		
Sentir-se inquieto							
Não se sente assim	4	6		3	3		
Um pouco	6	5	0,11	3	2	1	0,18
Bastante	1	3		2	4		
Sim, demais	3	0		4	3		
Sensação de entrar em pânico							
Não sente isso	7	10		6	6		
De vez em quando	4	4	0,14	4	3	0,75	0,33
Várias vezes	3	0		2	3		
A quase todo momento	0	0		0	0		
HADS-Ansiedade	10,5	6,5	0,01	10,5	10,77	0,11	<0,01

Fonte: Produção da própria autora.

¹Teste de comparação entre as médias dentro do grupo

²Teste de comparação entre as médias dos grupos

Legenda: HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

Na variável “sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer”, foi observado uma melhora no grupo intervenção, no qual, na segunda aplicação da escala, a maioria (n = 5) das pacientes referiu não sentir medo, com diferença estatística significativa ($p = 0,03$), enquanto que no grupo controle não houve diferença significativa entre as respostas clínicas ($p = 0,3$).

Na variável “estou com a cabeça cheia de preocupações”, as pacientes do grupo intervenção demonstraram melhora uma, vez que, na primeira aplicação da escala, a maioria (n = 9) das pacientes afirmou sentir a cabeça cheia de preocupações a maior parte do tempo, e na segunda aplicação do instrumento a maioria (n = 8) informou sentir a cabeça cheia de preocupações de vez em quando. Entre o grupo controle também houve diferença significativa para essa variável, o que sugere que o grupo apresentou piora após os três meses de tratamento.

Mediante comparação entre médias da escala hospitalar de ansiedade e depressão, foi observado que a ansiedade diminuiu significativamente após a realização da intervenção psicológica ($p = 0,01$) e que no grupo controle não houve diferença significativa em relação a frequência das respostas.

Na Tabela 4 foi descrito a frequência das respostas das pacientes quanto à depressão. Na variável “dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas” houve diferença estatística significativa ($p = 0,03$), o que sugere uma melhora em relação à depressão no grupo onde houve intervenção psicológica. Ainda nesse grupo houve diferença significativa na análise da variável “eu estou lento para pensar e fazer as coisas” ($p = 0,05$).

Tabela 4 – Frequência das respostas quanto à depressão das entrevistadas em tratamento quimioterápico no HU- UFPI. Teresina, PI, Brasil, 2017.

Variáveis	Grupos						p ²
	Intervenção			Controle			
	Antes	Depois	p ¹	Antes	Depois	p ¹	
Sentir gosto pelas coisas							
Sim, do mesmo jeito que antes	4	4		2	1		
Não tanto quanto antes	5	6	0,67	4	2	0,1	0,7
Só um pouco	4	4		6	9		
Já não sente mais prazer em nada	1	0		0	0		
Rir e divertir-se							
Do mesmo jeito que antes	5	10		6	4		
Atualmente um pouco menos	6	4	0,03	4	4	0,3	0,28
Atualmente bem menos	0	0		1	3		
Não consegue mais	3	0		1	1		
Sentir-se alegre							
Nunca	0	0		0	0		
A maior parte do tempo	2	4	0,61	2	2	0,64	1
Muitas vezes	6	4		4	2		
Poucas vezes	6	6		6	8		
Estar lento para pensar							
Nunca	4	6		2	1		
De vez em quando	4	6	0,05	7	4	0,17	0,52
Muitas vezes	4	1		2	7		
Quase sempre	2	1		1	0		
Sem interesse pela aparência							
Cuida-se do mesmo jeito que antes	5	9		1	1		
Talvez não tanto quanto antes	5	3	0,06	5	5	0,72	0,07
Não se cuida como deveria	1	1		3	4		
Completamente	3	1		3	2		
Animar-se com o futuro							
Do mesmo jeito que antes	7	9		4	2		
Um pouco menos do que antes	3	4	0,21	5	7	0,67	0,35
Bem menos do que antes	3	1		2	3		
Quase nunca	1	0		1	0		
Sentir prazer com TV, rádio							
Quase sempre	3	5		2	0		
Várias vezes	9	4	0,84	2	6	0,55	0,61
Poucas vezes	2	5		5	5		
Quase nunca	0	0		3	1		
HADS-Depressão	7,86	5,21	0,04	9,4	9,23	0,44	<0,01

Fonte: Produção da própria autora.

¹Teste de comparação entre as médias dentro do grupo

²Teste de comparação entre as médias dos grupos

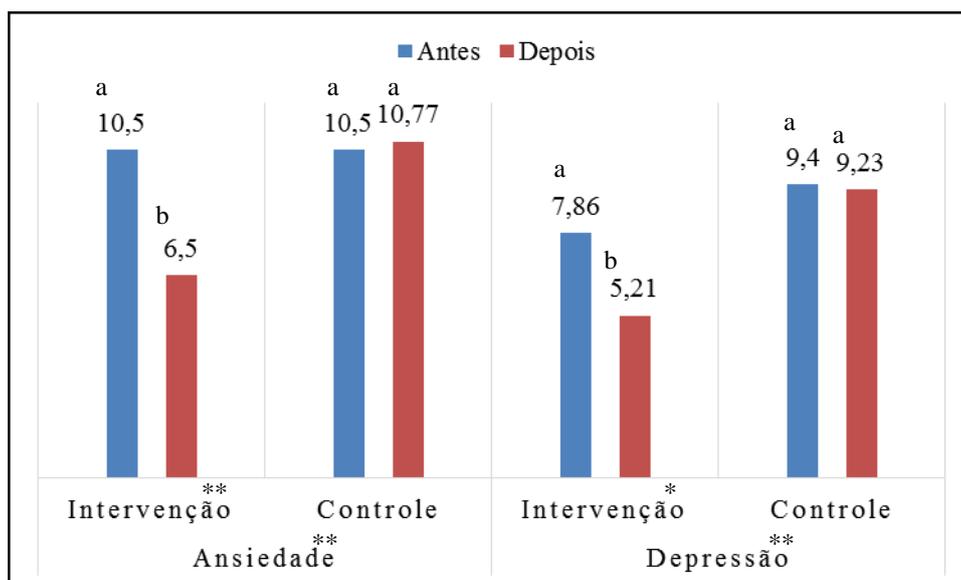
Legenda: HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

Em todas as variáveis da escala não houve diferença estatística significativa no grupo controle quanto à depressão, porém quando realizada a comparação entre as médias da escala entre os grupos, foi observado diferença

significativa, com nível de significância menor que 1% e 4% para o grupo intervenção.

A Figura 3 exibe a comparação das médias da escala HADS para ansiedade e depressão em ambos os grupos.

Figura 3 – Comparação das médias da HADS antes e após o período das sessões de intervenção psicológica, em ambos os grupos. Teresina, PI, Brasil, 2017.



Fonte: Produção da própria autora.

*, ** diferença significativa ao nível de 5% e 1%, pela ANOVA, respectivamente. Letras diferentes, indicam diferenças entre as médias, pelo teste de Tukey.

As médias entre os grupos estudados apresentaram, de acordo com a ANOVA, diferença estatística significativa ao nível de 1% e as médias das escalas antes e após no grupo intervenção, para ansiedade, mostraram diferenças, e ao nível de 5% no grupo intervenção para depressão. Tendo em vista que no grupo controle, tanto para ansiedade como para depressão, as médias não apresentaram diferenças significativas, logo as sessões psicoterápicas propostas mostraram-se eficazes para as entrevistadas.

Figura 4 – Matriz de correlação com as principais relações lineares entre as variáveis socioeconômicas e clínicas com a escala HADS do grupo de intervenção. Teresina – PI, 2017.

Variáveis	HADS AA		HADS DA		HADS AD		HADS DD	
	cc ¹	p ²						
Idade	0,35	0,08	0,36	0,07	0,60	<0,01	0,51	<0,01
Renda	-0,05	0,78	-0,43	0,03	-0,27	0,18	-0,46	0,02
Estado civil	-0,15	0,44	0,44	0,02	-0,01	0,96	0,14	0,5
Escolaridade	-0,06	0,74	-0,33	0,1	-0,16	0,42	-0,48	0,01
Câncer na família	0,13	0,51	0,44	0,02	-0,16	0,42	-0,12	0,57
Tipo de câncer	0,22	0,27	0,45	0,01	-0,05	0,81	0,03	0,89
HADS AD	0,33	0,09	0,29	0,16	1,00	1	0,71	<0,01
HADS DD	-0,06	0,76	0,35	0,09	0,71	<0,01	1,00	1

Fonte: Produção da própria autora.

¹Coefficiente de correlação de Kendall

²Probabilidade do coeficiente de correlação, com nível de significância $\alpha \leq 0,05$

Legenda: HADS AA – Escore da escala HADS de ansiedade antes da intervenção; HADS DA – Escore da escala HADS de depressão antes da intervenção; HADS AD – Escore da escala HADS de ansiedade depois da intervenção; HADS DD – Escore da escala HADS de depressão depois da intervenção.

Foi realizado teste de correlação com o grupo controle, porém as variáveis socioeconômicas e clínicas não apresentaram relação significativamente estatística com a escala.

A Figura 4 apresenta as variáveis sociodemográficas e clínicas que mostraram correlação com a escala de ansiedade e depressão no grupo intervenção. Foi observado que essas variáveis não influenciaram no escore de ansiedade antes da intervenção. Enquanto que depois da intervenção, a variável idade (0,51; < 0,01) apresentou relação moderada significativamente estatística. Em relação à depressão antes da intervenção, as variáveis que influenciaram significativamente e tiveram relação moderada, de acordo com o teste de correlação de Kendal, foram: renda (- 0,43; 0,03), estado civil (0,44; 0,02), câncer na família (0,44; 0,02), tipo de câncer (0,45; 0,01). As variáveis idade, renda e escolaridade apresentaram influência significativa com relação moderada após a intervenção.

6 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a eficácia da intervenção psicológica em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico no Hospital Universitário do Piauí. Foram investigadas 26 pacientes com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico, quanto aos níveis de ansiedade e depressão.

Os resultados desse trabalho mostram a caracterização socioeconômica e clínica das mulheres pertencentes ao estudo. Observou-se que a prevalência de idade das mulheres do estudo foi entre 42 e 52 anos de idade no grupo intervenção e entre 52 e 62 anos no grupo controle. Esse dado também foi encontrado em estudos epidemiológicos recentes realizados no Pará e Rio de Janeiro (PENHA et al., 2013; NUNES, et al., 2013). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, a idade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama devido a exposições ao longo da vida e às alterações biológicas decorrentes do envelhecimento. Mulheres com mais de 50 anos são mais propensas a desenvolver a doença. (INCA, 2017).

A cor/raça predominante no estudo foi a parda, e esse dado difere de outros estudos realizados em Estados brasileiros onde a prevalência de pacientes com câncer de mama é da cor/raça branca. (CINTRA, 2008; NUNES, 2012; MORAES, 2006). Essa diferença de achados pode estar relacionada ao fato de no Piauí mais de 60% da população se autodeclarar da cor parda. (IBGE, 2010).

Ao avaliar a variável religião, foi observado que todas as pacientes envolvidas no estudo afirmaram possuir religião e que eram crédulas da religião católica. Um artigo publicado em 2011, que analisou a relação entre espiritualidade e câncer na perspectiva do paciente, demonstrou em seus resultados que a espiritualidade pode ser uma boa estratégia de enfrentamento do paciente frente ao câncer, bem como um subsídio para o alívio do sofrimento causado pela doença. (GUERREIRO et al., 2011).

Em relação à variável renda familiar, o estudo realizado no hospital universitário da Universidade Federal do Piauí detectou que as pacientes avaliadas eram maioria de baixa renda. No grupo intervenção, a porcentagem foi equivalente: 28,6% para mulheres com renda familiar de até um salário mínimo e de um a dois salários mínimos; e, no grupo controle, 58,3% das pacientes

informaram renda familiar de até um salário mínimo. Esse resultado era esperado, tendo em vista que o local de estudo faz parte da rede pública de saúde do Estado e ao fato de que no Brasil, mesmo o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo universal e um direito de qualquer cidadão, as pessoas com maior poder socioeconômico usufruem dos serviços de saúde suplementar. (MENDES, 2013).

A amostra revelou homogeneidade em ambos os grupos em relação à variável estado civil, pois a maioria das pacientes relataram ser casadas ou estarem em uma relação estável. O fato de as pacientes serem casadas é um fator relevante para intervenção psicológica, tendo em vista que o diagnóstico e tratamento do câncer de mama provoca mudanças na vida do casal, trazendo a necessidade de apoio para o melhor enfrentamento da doença. (FERREIRA, 2011).

Foi observado que a variável escolaridade apresentou equivalência no grupo intervenção. A porcentagem de mulheres que possuíam pelo menos o ensino fundamental incompleto foi a mesma das mulheres com educação superior completa no grupo. Porém, mesmo que nesse grupo estivessem presentes as mulheres com maior nível de escolaridade, foi observado que a maioria das pacientes não realizavam seus exames de rastreio e diagnóstico do câncer de mama com frequência, contrapondo a informação de que o autocuidado possa estar relacionado ao nível de escolaridade e informação.

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro apontou dados diferentes dos achados desse trabalho em relação às variáveis escolaridade e frequência de exames. O estudo de Silva e Riul (2011), que tinha como objetivo identificar fatores de risco, segundo o INCA, para câncer de mama, mostrou que houve relação entre conhecimento sobre os exames de rastreio e diagnóstico com a escolaridade, onde quanto maior a escolaridade das pacientes maior era o conhecimento e a realização dos exames por elas.

Ainda com relação às variáveis escolaridade e frequência de realização de exames, um estudo publicado na Revista Brasileira de Oncologia Clínica detectou que o nível escolar baixo expressa o grau de conhecimento do paciente, ou seja, quanto menor a escolaridade menor também o conhecimento sobre a realização

de exames imprescindíveis para o diagnóstico do câncer e conseqüentemente a detecção precoce. (DUGNO et al., 2014).

Ao realizar o teste de correlação Kendall (FIGURA 2), foi observado que a variável escolaridade apresentou influência significativa com relação moderada após a intervenção. A relação entre a escolaridade influenciou o fato das mulheres permanecerem com depressão. A de maior escolaridade teve menor escore na escala e a de menor escolaridade teve maior escore na escala utilizada no estudo.

A variável que avalia a existência de familiar de primeiro grau com algum tipo câncer mostrou que, no grupo controle, 58,3% das entrevistadas apresentavam algum parente de primeiro grau com câncer, enquanto que no grupo intervenção, 57,1% afirmaram não possuir familiar com câncer. No grupo controle, 25% das pacientes referiram que esse câncer do familiar era na mama.

Segundo Lufiego (2012), o câncer de mama em familiares de primeiro grau é um fator de risco independente para o aparecimento do câncer de mama, tendo em vista que o risco de câncer de mama é duas vezes maior quando existe histórico de mãe com câncer com idade menor que 40 anos. Utilizando o teste de correlação de Kendal, no qual as variáveis “câncer na família” e “tipo de câncer” apresentaram relação moderada no grupo intervenção com a primeira aplicação da escala HADS, em relação à depressão podemos inferir que o fato de a paciente ter um familiar de primeiro grau com câncer, especialmente com câncer de mama, pode favorecer sintomas depressivos ao receber o mesmo diagnóstico.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, os fatores hereditários estão relacionados à presença de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Apesar de o fator genético do câncer de mama ser responsável 5% a 10% dos casos, as mulheres que apresentam casos de câncer de mama ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, ou câncer de mama em homem, também em parentesco consanguíneo, são consideradas de maior risco para desenvolver a doença. (INCA, 2017).

Ainda de acordo com INCA (2017), o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas fazem parte dos fatores de risco comportamentais e ambientais para a ocorrência do câncer de mama. Nosso estudo mostrou que a grande maioria das

pacientes entrevistadas não mantinham esses hábitos nocivos à saúde, sugerindo o autocuidado e contrapondo com a variável frequência de exames.

O diagnóstico de câncer de mama repercute psicologicamente na vida da mulher e reflete alterações na forma como a mulher lida com o seu corpo e sua mente, de modo que essa mulher passa a ser um indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento de depressão e ansiedade. (LUFIEGO, 2012).

A pesquisa realizada no Hospital Universitário da UFPI atingiu seu objetivo, tendo em vista que tanto para os sintomas de ansiedade quanto para depressão, o grupo intervenção apresentou melhora após as sessões psicológicas. Enquanto que no grupo controle, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa quanto à ansiedade e depressão, as pacientes mantiveram escores equivalentes após o período de três meses.

Ao analisar a frequência das respostas quanto à ansiedade e depressão das pacientes avaliadas nessa pesquisa, pertencentes a ambos os grupos, foi possível observar a diminuição desses sintomas nas pacientes que foram submetidas a intervenções psicológicas. Tais resultados sugerem que a intervenção psicológica se mostrou eficaz para o alívio dos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes acometidas com câncer de mama que encontravam-se em tratamento quimioterápico.

Corroborando com os resultados encontrados nesta pesquisa, um estudo realizado em 2013 com 48 artigos concluiu que os programas de intervenção psicológica se mostram eficazes para a adaptação das pacientes ao adoecimento por câncer de mama, porém sugere que estudos futuros precisam focar na avaliação dos processos de mudança subjacentes aos programas de intervenção. (BRANDÃO; MATOS, 2013).

Um estudo realizado em Londres, que teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores de risco para ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama, concluiu que a intervenção psicológica é necessária para mulheres com esse tipo de doença, especialmente no primeiro ano após o diagnóstico, e também durante o período no qual há possibilidade de recidiva da doença. Esses achados sugerem que o suporte psicológico é importante durante todo o processo de adoecimento, bem como durante os cinco anos em que a

mulher permanece em acompanhamento médico e com o medo do retorno do tumor. (Burgess et al., 2005).

Ainda no estudo desse autor, há um fator que mostra relação com a nossa pesquisa. A pesquisa realizada com as pacientes em tratamento quimioterápico no Hospital Universitário da UFPI, apontou uma correlação moderada significativamente estatística para variável idade em relação à ansiedade no grupo intervenção após os três meses de acompanhamento psicológico. Para Burgess et al. (2005), a pouca idade da paciente interfere inversamente proporcional na sua ansiedade, ou seja, quanto mais jovem a mulher é ao receber o diagnóstico de câncer de mama, maior a probabilidade de desenvolver ansiedade.

Em relação à depressão, os estudos encontrados apresentam resultados condizentes com os achados desta pesquisa. Segundo Bottino (2009), a prevalência de depressão em pacientes com câncer de mama é de 10% a 25%, e o tratamento adjuvante do câncer seria um fator que aumentaria o risco e a intensidade dos sintomas depressivos devido à associação com os efeitos colaterais do tratamento. A presente pesquisa não avaliou essa relação, porém por ter se tratado de um estudo de intervenção, no qual foi possível ser avaliado os sintomas depressivos antes e depois, observou-se que a intervenção psicológica é uma estratégia importante para favorecer a diminuição dos sintomas depressivos e, conseqüentemente, proporcionar um melhor enfrentamento da condição de adoecimento.

Jassim et al. (2015) realizaram um estudo de revisão em bases de dados científicas que buscou avaliar os efeitos das intervenções psicológicas sobre morbidades psicológicas, qualidade de vida e sobrevida em mulheres com câncer de mama não metastático. Esse estudo concluiu que a terapia de base cognitiva comportamental produziu efeitos favoráveis em relação à diminuição da ansiedade, depressão e distúrbios do humor.

A pesquisa realizada no Hospital Universitário da UFPI é bastante relevante por apontar que a atenção aos aspectos psicológicos envolvidos no câncer de mama é primordial e favorece melhor adaptação e enfrentamento à doença, bem como o bem estar emocional da paciente durante e após o tratamento quimioterápico diminuindo assim a possibilidade de abandono ou

fracasso no tratamento devido questões psicológicas. Segundo Singer et al. (2014), pacientes oncológicos com depressão possuem três vezes mais chances de fracasso no tratamento do que os pacientes que não possuem sintomas depressivos, e com base nisso foi proposto em seu estudo a utilização pelos serviços de saúde de um modelo de cuidados intensivos, combinando rastreio, consulta médica e serviço de saúde mental de forma estruturada, com o objetivo de proporcionar bem-estar emocional de pacientes com câncer.

Embora a presença do psicólogo seja obrigatória nas unidades de atendimento oncológico no Brasil desde 1998, conforme a portaria nº 3.535 do ministério da saúde, que estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia, se faz necessário uma sistematização e valorização das intervenções psicológicas dentro dos serviços de oncologia. (BRASIL, 2017).

No maior congresso internacional sobre câncer organizado pela Associação Norte-Americana de Oncologia Clínica (ASCO), pesquisadores apresentaram suas preocupações em relação aos aspectos psicológicos envolvidos no câncer e à falta de apoio psicológico aos pacientes.

Estudos relevantes sobre intervenções psicológicas foram apresentados no congresso da ASCO em Chicago em junho de 2017. Esses estudos trouxeram resultados positivos em relação à diminuição de sintomas psicológicos como ansiedade, depressão, angústia, estresse e melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer quando submetidos à intervenções psicológicas inovadoras tais como técnicas de atendimento por web-conferência, uma nova técnica denominada *Conquer Fear* (Conquistando o medo), e uma intervenção breve chamada Gerenciando Câncer e Vida Significativamente. (BEITH, 2017; RODIN, 2017; YUM, 2017).

Por fim, uma revisão bibliográfica realizada em 2014, concluiu que a intervenção psicológica durante o tratamento do câncer de mama favorece a adesão ao tratamento e contribui para a desmistificação da doença. (ROMAZZINI; SANTOS, 2014).

Observou-se que a literatura pesquisada demonstrou uma escassez de estudos de intervenção psicológica que utilizassem como base teórica de sustentação a Gestalt-terapia de curta duração. Foi observado que grande parte dos estudos encontrados utilizou em sua metodologia a psicoterapia de grupo

e/ou abordagem cognitiva comportamental. Tal fato não tirou o valor científico dessa pesquisa, mas chama a atenção para a necessidade de mais pesquisas utilizando a Gestalt-terapia como abordagem da intervenção psicológica e que favoreçam a sua valorização.

CONCLUSÃO

Atualmente o Câncer de Mama é uma das maiores causas de morte entre mulheres, portanto, uma doença com essa repercussão requer atenção e cuidado. O diagnóstico e tratamento de câncer de mama podem desencadear na mulher acometida pela doença sintomas psicológicos e emocionais significativos, especialmente a ansiedade e a depressão.

A atenção à mulher com câncer de mama hoje não deve se limitar ao controle de sintomas físicos da doença. É preciso o desenvolvimento de políticas públicas que ofereçam suporte psicológico efetivo à paciente com câncer a fim de promover atenção integral à sua saúde.

Por meio dos resultados encontrados por esta pesquisa fica claro observar que as mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico, quando submetidas simultaneamente a intervenções psicológicas, apresentam melhora dos sintomas de ansiedade e depressão. Concluimos que as estratégias de intervenção psicológica são benéficas e relevantes para o alívio de sintomas psicológicos e, conseqüentemente, para promoção do bem-estar e da qualidade de vida das mulheres que convivem com esta doença.

No decorrer desta pesquisa foi possível encontrar resultados semelhantes aos da literatura pesquisada. Contudo, consideramos que existe a necessidade de outros estudos de intervenção com o mesmo objetivo e que corroborem com cuidado e atenção integral à saúde da mulher com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. In: **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2014.

ALMEIDA JUNIOR, W. J. et al. Fatores preditivos e prognósticos do câncer de mama. In: CHAGAS, et al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter. v. 2, 2011.

ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARAUJO, B. C; ANDRADE, C. A. Avaliação da resposta ao tratamento adjuvante. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2011.

AKECHI, T. et al. Anxiety in disease-free breast cancer patients might be alleviated by provision of psychological support, not of information. In: **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 45, n. 10, 2015. p. 929-933.

AVELAR, A. M. A. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. In: **Revista de Ciências Médicas**. Campinas. v. 15, n. 1, 2016.

BARTILOTTI, M, R. Obstetrícia e Ginecologia: Urgências Psicológicas. In: Angerami, C. (Org). **Urgências Psicológicas no Hospital**, Editora: CENGAGE LEARNING, São Paulo, 2002.

BEITH, J. Psychological intervention lowers survivors fear cancer. In: **2017 American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting**. Disponível em: <<https://www.asco.org/about-asco/press-center/news-releases/psychological-intervention-lowers-survivors-fear-cancer>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BINES, J; VICTORINO, A. Quimioterapia neoadjuvante. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**. v. 2. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

BOTEGA, N. J.; ZOMIGNANI, M.; WAB, P. Transtornos de humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 29, n. 5, 1995. p. 355-363.

BOTTINO, S, M, B; FRÁGUAS, R; GATTAZ, W. F; Depressão e câncer. In: **Revista de psiquiatria clínica**. v. 36, n. 3, 2009. p. 109-115.

BRANDÃO, T. B.; MATOS, P. M. Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: uma revisão sistemática. In: **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 33. doi: 10.1016/j.rpsp.2015.01.001, 2015. p. 98-106.

BRASIL. **Lei 11. 664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, detecção, tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do SUS. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm>. Acesso em: 20 maio 2017.

_____. **Portaria nº 3.535 de 2 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Disponível em: <<http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/hemato-oncologia/centros-oncologia/portaria-no-3535-de-2-de-setembro-de-1998.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília-DF. 2013. 2p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 16 set. 2015.

_____. **Câncer de mama**: é preciso falar disso. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BREDAL, I. S. et al. Effects of a psychoeducational versus a support group intervention in patients with early-stage breast cancer: Results of a randomized controlled trial. In: **Cancer nursing**, v. 37, n. 3, 2014. p. 198 – 207.

BRENELLI, H. B; BRENELLI, F. P. Equipe multidisciplinar e câncer de mama. In: CHAGAS, et al. **Tratado de Mastologia da SBM**. v. 2. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

BURGESS, C. et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. In: **BMJ – British Medical Journal**, v. 330, n. 7493, 2005. p. 702.

CAMARGO, D. A de. Transtornos Ansiosos. In: SOUZA, J; GUIMARÃES, A; BALLONE, G. (Org.). **Psicopatologia e Psiquiatria Básicas**. 2. ed. São Paulo: Vetor, 2013.

CANGUSSU, R. O. et al. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – *Short Form*. In: **J Bras Psiquiatr**. v. 59, n. 2, 2010. p. 106-110.

CARVALHO, M. M. **Psico-oncologia**: história, características e desafios. *Psicol.* v. 13, n. 1. São Paulo: USP, 2015. p.151-166.

CASSORLA, M, S. R. A Negação e Outras Defesas frente à Morte. In: Santos, F S. (org.). **Cuidados Paliativos**: Discutindo a Vida a Morte e o Morrer. São Paulo: Atheneu, 2009.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Piauí: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibg>>

e.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

CHALA, L. F et. al. Mamografia: acurácia, especificidade e sensibilidade. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**. v. 1. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

CINTRA, J. R. D. et al. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. In: **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v.54, n.4, jul./ago., 2008.

CORDIOLI, A. V. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: Cordioli, A. V (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 21.

COSTA, R. M.; MENCK, C. F. Genes de reparo de DNA. In: FERREIRA, C. G.; ROCHA, J. C. **Oncologia Molecular**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. São Paulo: Summus, 2007.

DIDIER, F. et al. Why do women accept to undergo a nipple sparing mastectomy or to reconstruct the nipple areola complex when nipple sparing mastectomy is not possible? In: **Breast Cancer Res Treat**. v. 132, 2012. p. 1177-1184.

DUGNO, M. L. G. et al. Perfil do câncer de mama e relação entre fatores de risco e estadiamento clínico em hospital do Sul do Brasil. In: **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**. v. 10, n. 36, 2014. p. 60-66.

EQUIPE ESTATCAMP (2017). **Software Action. Estatcamp**: Consultoria em estatística e qualidade. São Carlos. Disponível em: <<http://www.portalactio n.com.br/>>. Acesso em: 17 maio 2017.

ESTEVIÃO, A. I. P.; SILVEIRA, T. M. A. Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. In: **Revista IGT na Rede**, v. 11, n. 21, 2014. p. 282-296.

FERREIRA, A. S. et. al. Câncer de Mama: Estimativa da Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes em Tratamento Ambulatorial. In: **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**. Umuarama: UNIPAR, v. 19, n. 3, 2015. p. 185-189.

FERREIRA, D. B. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. In: **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, maio/jun., 2011.

FERREIRA-SANTOS, E. **Psicoterapia breve abordagem sistematizada: abordagem sistematizada de situações de crise**. São Paulo: Ágora, 1997.

FRANCO, J. M.; MALFACINI, S.; SILVA, V. A. Tratamento cirúrgico radical do câncer inicial da mama. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2011.

FRASSON, A. L, et al. Evolução da cirurgia conservadora no tratamento do câncer de mama. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2011.

GIMENES, M. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M. (Org.). **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2013.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. In: **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, 2011. p. 53-59.

HEGG, R; MATTAR, A. Hormonioterapia no câncer de mama. In: CHAGAS, et. Al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. Controle do Câncer de Mama, 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_contr ole_cancer_mama/fatores_risco>. Acesso em: 22 maio 2017.

IRVINE, D, et. al. Psychosocial adjustment in women with breast câncer. In: **Cancer**, v. 67, n. 4, 1991. p. 1097-1117.

JASSIM, G. A et. al. Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer (Review). In: **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.;GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KOCH, H. A; LUNA, M. Apanhado sobre a história da mamografia no Brasil. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, 2011.

KOVÁCS, M. Prefaciador. In: BIFULCO. V.A; CAPONERO, R. **Cuidados paliativos: conversas sobre a vida e a morte na saúde**. São Paulo: Manole, 2016.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte E o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes,1996.

LARSON, M R. et al. A presurgical psychosocial intervention for breast cancer patients: psychological distress and the immune response. In: **Journal of Psychosomatic Research**, v. 2, n. 48, 2000. p. 87-194.

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. In: **Revista brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 1, 2010. p. 15-21.

LOPES, M. H. B. M. Mulheres: Singulares e Plurais. In: **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde (online)**, v. 3, n. 2, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18554/>>. Acesso em: 14 mar. 2017. p. 1-5.

LUFIEGO, C. A. F. **Avaliação psicológica pré e pós-cirúrgica em pacientes mastectomizadas submetidas a procedimento reconstrutivo de mama**. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MALUF, M F. **Mastectomia radical e sexualidade feminina**. São Paulo: Editora Médica paulista, 2006.

MALUF, M. F.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. O impacto psicológico do câncer de mama. In: **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 2, n. 51, 2005. p.149-154.

MEDEIROS, R, H.; NUNES, M. L. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. In: **Psicologia em estudo**, v. 6, 2001. p. 95-100.

MELLO, S. et al. Anxiety and depression among cancer survivors: The role of engagement with sources of emotional support information. In: **Health Commun.** v. 28, n. 4, 2013. p. 389-396.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. In: **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, 2013. p. 27-34.

MORAES, A. B. et al. Estudo da sobrevivência de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, out, 2006. p. 2219-2228.

NUNES, B. A. P. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes. In: **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 22, n. 4, Rio de Janeiro, 2013. p. 117-123.

PENHA, N. S. et al. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. In: **Rev Ciênc Farm Básica**, APL, v. 34, n. 4, 2013. p. 579-84.

PINTO, E. A experiência emocional atualizadora em Gestalt-terapia de curta duração. In: **ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./jun. 2009. p. 71-84. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

_____. **Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica.** São Paulo: Summus, 2009.

POLONIA, M; POLONIA, A; POLONIA, M. V. Radioterapia dos lesões metastática. In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM**, v. 2, Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia de curta duração.** São Paulo: Summus, 1999.

ROCHA, M L. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO**, n 4, v. 23, p. 64-73, 2003.

RODIN, G. Psychological intervention relieves distress patients advanced. In: **2017 American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting.** Disponível em: <<https://www.asco.org/about-asco/press-center/news-releases/psychological-intervention-relieves-distress-patients-advanced>>. Acesso em: 20 jun de 2017.

RODRÍGUEZ, E; FONT, A. Eficacia de la terapia de grupo em cáncer de mama: evolución de las emociones desadaptativas. In: **Psicooncología**, v. 9, n. 2-3. p. 275-287.

ROMAZZINI, G. S.; SANTOS, A. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS. In: 7ª Semana de Psicologia / 5ª Conferência de Estudos Psicológicos, Santa Fé do Sul. **Anais...** Santa Fé do Sul, 2014.

SANTICHI, E. C. Rastreio de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres em diferentes etapas do tratamento para câncer de mama. In: **Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, 2012. p. 42-67.

SANTOS JÚNIOR, N. C. **Depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres em tratamento de câncer de mama.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SARAIVA, M. et. al. Carcinoma ductal invasivo. In: In: CHAGAS, et. al. **Tratado de Mastologia da SBM.** Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, 2011.

SCHOU, I. et. al. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. In: **Psycho-oncology**, v. 13, 2004. p. 309-320.

SHINZATO, J. Y. et al. Terapia de apoio à pacientes com câncer de mama. In: SHINZATO, J. Y. (Org.). **Mastologia Atual.** Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 291-295.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SILVA, R. B.; BOAVENTURA, C. B. F. Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma Comunicação Possível e Necessária. In: **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 17, n. 1, jan./jun., 2011. p. 37-46.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. In: **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, nov./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

SINGER, S. et al. Effect of a structured psycho-oncological screening and treatment model on mental health in cancer patients (STEPPED CARE): Study protocol for a cluster randomized controlled trial. In: **Trials**, v. 15, n. 482, 2014. doi: 10.1186/1745-6215-15-482.

VENÂNCIO, J. L. **Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama**. INCA, 2004.

VIEIRA, S. C. **Oncologia básica para profissionais de saúde**. Teresina: EDUFPI, 2016.

WANDERLEY, K. S. Aspectos Psicológicos do Câncer de Mama. In: CARVALHO, M. (Org.) **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro Pleno, 2003.

WINSTON, A. Psicoterapia de apoio. In: HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; GABBARD, G. O. (Org.) **Tratado de Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed, 5. ed., 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID – 10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Relatório mundial de saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

YAMAGUCHI, N. H. O Câncer na Visão da Oncologia. In: CARVALHO, M. (Org.) **Introdução à psiconcologia**. São Paulo: Livro pleno, 2013.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. In: **Acta Psychiat. Scand.**, v. 67, 1983. p. 361-370.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
 PESQUISA: A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO TRATAMENTO DE CÂNCER
 DE MAMA

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICO

Paciente Nº _____

Data: _____

Identificação

Endereço/telefone: _____

Idade: _____

Raça autodeclarada:

<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena
---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Tem alguma religião: sim não Qual: _____

Ocupação: _____

Renda familiar mensal (salário mínimo):

<input type="checkbox"/> sem renda	<input type="checkbox"/> até 1 salário	<input type="checkbox"/> de 1 a 2	<input type="checkbox"/> de 2 a 3
<input type="checkbox"/> de 3 a 5	<input type="checkbox"/> de 5 a 10	<input type="checkbox"/> acima de 10	

Estado Civil:

<input type="checkbox"/> Solteira	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Viúva
-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Ensino
-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

	fundamental incompleto	fundamental completo	médio completo	superior
--	---------------------------	-------------------------	-------------------	----------

ASPECTOS CLÍNICOS

Data do diagnóstico de câncer de mama: _____

Frequência de seus exames de controle de mama (mamografia ou ultrassom de mama) em anos?

<input type="checkbox"/> não realiza com frequência	<input type="checkbox"/> anual	<input type="checkbox"/> a cada 2 anos
---	--------------------------------	--

A senhora sabe se mais algum familiar de primeiro grau tem ou já teve câncer?

<input type="checkbox"/> sim	quem _____	Qual tipo _____	<input type="checkbox"/> não
------------------------------	------------	-----------------	------------------------------

Possui alguma doença considerada importante?

<input type="checkbox"/> sim	Qual: _____	<input type="checkbox"/> não
------------------------------	-------------	------------------------------

Faz uso de medicação psiquiátrica?

<input type="checkbox"/> sim	Qual _____	<input type="checkbox"/> não
------------------------------	------------	------------------------------

Fuma: sim não Ex-tabagista há _____

Faz uso de bebidas alcoólicas sim não Ex- alcoolista há _____

Já fez psicoterapia? sim não

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa: A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA. Essa pesquisa será desenvolvida pela aluna Laís de Meneses Carvalho Arilo do programa de mestrado em saúde da mulher da Universidade Federal do Piauí sob orientação do professor Dr. Luiz Ayrton Santos Junior. Após receber as informações a seguir, a senhora deverá optar se deseja ou não colaborar com esse estudo. Essa pesquisa cumprirá os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre as questões éticas envolvendo pesquisas com seres humanos.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: A intervenção psicológica com mulheres em tratamento de câncer de mama.

Pesquisador responsável: (pesquisa e tomada do TCLE): Luiz Ayrton Santos Junior

Instituição: Hospital Universitário (HU - UFPI) e Fundação Maria Carvalho Santos

Contato do pesquisador: Laís de Meneses Carvalho Arilo, (86) 99970-8576, e-mail lais.arilo@hotmail.com e Luiz Ayrton Santos Junior, (86) 99817222, e-mail mastologia@mastologia.com.br.

Contato com o comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa, Bairro Ininga, CEP-64049-550, fone/fax 86-3215-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.edu.br.

O estudo trata-se de uma pesquisa de intervenção e tem como objetivos identificar os níveis de ansiedade e depressão nas mulheres durante o tratamento de câncer de mama e avaliar como a intervenção psicológica beneficia a paciente nesse tratamento.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder 01 (um) formulário com perguntas fechadas com objetivo de caracterizar os participantes do estudo e uma escala que avalia sintomas de ansiedade e depressão.

Caso a senhora aceite participar dessa pesquisa poderá sentir um desconforto emocional durante a sessão de intervenção psicológica. Porém, esse risco é minimizado tendo em vista que a sessão será conduzida por uma psicóloga e em um ambiente reservado e livre de interferências externas. Será garantido o anonimato e as informações obtidas serão confidenciais, assegurando o sigilo. Para tal, os formulários serão identificados por numeração. A pesquisa não lhe acarretará custos financeiros, uma vez que toda e qualquer despesa será de responsabilidade da pesquisadora.

Os benefícios decorrentes de sua participação consistem em contribuir para avaliação da intervenção psicológica no alívio dos sintomas psíquicos provocados pelo câncer de mama, bem como favorecer a utilização dessa intervenção como uma estratégia para promover a atenção integral à saúde da mulher com câncer. Esclarecemos que a

qualquer período de realização da pesquisa você poderá retirar seu consentimento, independente de justificativa. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição e não sofrerá nenhuma represália ou forma diferenciada no seu atendimento. Em caso de dúvidas, em qualquer etapa dessa pesquisa, você terá acesso ao profissional responsável pela tomada deste Termo de Consentimento, para esclarecimento de eventuais dúvidas que venha a ter.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador e do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Laís de Meneses Carvalho Arilo

Mestranda do programa Saúde da Mulher

Luiz Ayrton Santos Junior

Orientador

Consentimento

Eu,

_____ Rg: _____ CPF _____ au
torizo a coleta de dados . Fui esclarecida e li a pesquisa INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
COM MULHERES EM TRATAMENTO COM CÂNCER DE MAMA. Concordo
voluntariamente em participar deste estudo podendo a qualquer momento retirar o meu
consentimento, sem que acarrete penalidade ou prejuízos para a mim e para a pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A – Escala hospitalar de ansiedade e depressão

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**A 1) Eu me sinto tensa ou contraída:**

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

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

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

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

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

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

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

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

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

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

- 3 () Quase sempre
 2 () Muitas vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Nunca

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

- 0 () Nunca
 1 () De vez em quando
 2 () Muitas vezes
 3 () Quase sempre

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

- 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieta, como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
 2 () Bastante
 1 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim

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

- 0 () Do mesmo jeito que antes
 1 () Um pouco menos do que antes
 2 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
 2 () Várias vezes
 1 () De vez em quando
 0 () Não sinto isso

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

- 0 () Quase sempre
 1 () Várias vezes
 2 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca

Pontos de cortes (Zigmond e Snaith):

• Ansiedade:
 sem ansiedade de 0 a 8.
 Com ansiedade \geq 9.

• Depressão:
 sem depressão de 0 a 8.
 Com depressão \geq 9.

ANEXO B – Comprovante de submissão do artigo à revista



Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br>

Ontem, 15:55

Você 

Responder

Prezado(a) Dr(a). Laís de Meneses Carvalho Arilo:

Confirmamos a submissão do seu artigo "A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA" (CSP_1145/17) para Caderno de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marília Sá Carvalho

Profª. Claudia Medina Coeli

Profª. Luciana Dias de Lima

Editoras



Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

cadernos@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>