

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Tamires Corrêa de Paula

**Depressão e ansiedade em mulheres submetidas à
cirurgia pelo câncer de mama**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Maria de Lourdes Marques Ferreira
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Botucatu

2022

Tamires Corrêa de Paula

**Depressão e ansiedade em mulheres
submetidas à cirurgia pelo câncer de mama**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado e Doutorado Acadêmico.

Orientadora: Profa. Associada Maria de Lourdes Marques Ferreira
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Botucatu

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Paula, Tamires Corrêa de.

Depressão e ansiedade em mulheres submetidas a cirurgia pelo câncer de mama / Tamires Corrêa de Paula. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria de Lourdes Marques Ferreira

Coorientador: Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Capes: 40406008

1. Mamas - Câncer. 2. Depressão. 3. Ansiedade. 4. Mastectomia. 5. Mulheres.

Palavras-chave: Câncer de mama; Depressão; Mastectomia; Mulheres.

Tamires Corrêa de Paula

**Depressão e ansiedade em mulheres submetidas à
cirurgia pelo câncer de mama**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Associada Maria de Lourdes Marques Ferreira
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento

Comissão examinadora

Profa. Dra. Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto
Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

Profa. Dra. Carla Regiani Conde
Universidade Santo Amaro - UNISA

Profa. Dra. Ângela Ferreira Barros
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS

Dra. Suelen Alves Rocha
Centro de Saúde Cachoeira do Bom Jesus

Botucatu, 31 de maio de 2022.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por cada experiência vivenciada ao longo dessa jornada.

Ao meu marido, por todo amor e companheirismo dedicado a mim e sem os quais eu não teria finalizado este trabalho.

Ao meu querido filho, que acompanhou a coleta de dados durante a gestação e cresceu junto com as análises desta pesquisa. Que por vezes tive que deixar de dar a atenção que ele queria para me dedicar a este trabalho. Você sempre será o meu melhor lugar no mundo!

À minha orientadora, Malu, por todo conhecimento compartilhado.

À minha coorientadora, Cristiane, pela paciência e por todos os ensinamentos proporcionados.

Às Professoras Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto e Silmara Meneguim pelas valiosas contribuições no Exame Geral de Qualificação.

Ao Hélio pela extrema paciência e destreza na análise estatística.

À Juliana e Marluci pelas contribuições nas buscas bibliográficas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FMB-Unesp, pela oportunidade em cursar o doutorado acadêmico ao lado de profissionais discentes e docentes incríveis.

Às minhas amigas Ludimila, Flavia, Tamires e Fran, que sempre me incentivaram a seguir adiante.

À FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo nº 15/10571-0) pelo apoio financeiro essencial para realização dessa pesquisa.

Em especial, à todas as mulheres que contribuíram com suas experiências, pela disponibilidade e atenção durante a coleta de dados. Sem elas esse trabalho não aconteceria.

RESUMO

PAULA, TC. Depressão e ansiedade em mulheres submetidas à cirurgia pelo câncer de mama. 2022. 109f. Doutorado (tese) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu – SP, 2022

Introdução: O câncer de mama é um problema de saúde pública ao nível mundial, sendo a neoplasia maligna mais frequente na população feminina. O efeito do tratamento cirúrgico no desenvolvimento de depressão e/ou ansiedade é controverso. **Objetivos:** A tese será apresentada no formato de dois artigos, cujos objetivos foram: (I) Caracterizar a produção científica sobre a frequência e fatores relacionados com depressão e/ou ansiedade a longo prazo em mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico por câncer de mama e (II) Investigar a frequência de sintomas de depressão e ansiedade a longo prazo e fatores associados em mulheres com câncer de mama submetidas ao tratamento cirúrgico. **Material e métodos:** O artigo 1 é uma revisão integrativa da literatura cuja amostra foi constituída de todos os artigos que retratavam o tema referente a esta revisão publicados entre 2007 e 2021 e disponíveis em modelo eletrônico de publicação indexado nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, Cinahl, Embase e Web of Science. O artigo 2 é um estudo de prevalência, realizado com 218 mulheres no ambulatório da Mastologia da UNESP – Botucatu, empregando instrumentos autoaplicáveis sobre o perfil socioeconômico, condições clínicas relativas ao tratamento, condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais, escala de depressão de Hamilton e escala de ansiedade de Hamilton. Para análise estatística foi utilizado análise descritiva e bivariada dos dados e regressão de Cox para a análise multivariada. **Resultados:** Artigo 1: 14 artigos foram incluídos na revisão integrativa. A maioria dos estudos foi do tipo coorte, com coleta de dados mais de um ano após a mastectomia. Evidenciou-se que mulheres tratadas cirurgicamente apresentam principalmente sinais e sintomas de depressão a longo prazo, destacando as mulheres mais jovens e com baixa escolaridade. Artigo 2: A média de idade das mulheres no momento do diagnóstico foi 54,5 anos, 36,7% estava no estágio II da doença e 98,6% com acometimento unilateral. O tipo de cirurgia mais frequente foi a conservadora (69,3%) e 65,6%

das mulheres não colocou prótese mamária após o tratamento cirúrgico. Em relação aos resultados das escalas de Hamilton: 10,6% apresentavam escores moderados e 14,2% escores graves para depressão. E 31,2% apresentavam escores severos e graves para ansiedade. Na análise multivariada observa-se que as mulheres em uso da hormonioterapia apresentavam menor risco de depressão. **Conclusão:** Frequência considerável de Mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama apresentam escores elevados de depressão e ansiedade a longo prazo.

Palavras chave: Mulheres. mastectomia. Câncer de mama. Depressão. Ansiedade.

“A vida não é fácil para nenhum de nós. Temos que ter persistência e, acima de tudo, confiança em nós mesmos”

Marie Curie

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Classificação molecular do câncer de mama.....	18
Quadro 2. Classificação TNM para o câncer de mama - American Joint Committee on Cancer, 2017.....	19
Quadro 3. Grupamento por estádios para o câncer de mama - American Joint Committee on Cancer, 2017.....	19
Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos para a revisão integrativa.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações referentes à identificação da pesquisa, objetivo e pesquisadores.....	48
Tabela 2 - Informações referentes ao ano, método, resultado e conclusão das pesquisas.	50
Tabela 3 - Condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do HCFMB 2018-2019.....	80
Tabela 4 - Condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do HCFMB 2018-2019.....	81
Tabela 5 - Condições clínicas relativas ao tratamento das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.....	82
Tabela 6 - Escores depressão e ansiedade das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.....	84
Tabela 7 - Associação dos escores de ansiedade com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.....	85
Tabela 8 - Regressão múltipla de Cox para o risco da pontuação da ansiedade ≥ 25 com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.....	87
Tabela 9 - Associação dos escores de depressão com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.....	89
Tabela 10 - Regressão múltipla de Cox para o risco da pontuação da depressão ≥ 18 com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRCA1	<i>Breast Cancer gene 1</i>
BRCA2	<i>Breast Cancer gene 2</i>
TNM	Classificação da extensão anatômica dos tumores malignos. (T) extensão do tumor primário; (N) a ausência ou presença e extensão de metástase em linfonodos regionais e (M) a ausência ou presença de metástase à distância
HER2	Fator de crescimento epidérmico do tipo 2
Lilacs	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
Cinahl	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
VPN	<i>Virtual Private Network</i>
Unesp	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
BIBCQ	<i>Body Image after Breast Cancer Questionnaire</i>
PANAS	Escala de afetos positivos e afetos negativos
MSPSS	Escala multidimensional de suporte social percebido
HAMA	Escala de ansiedade de Hamilton
HAMD	Escala de depressão de Hamilton
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
DRSVI	Departamento Regional de Saúde VI
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
Referências.....	24
ARTIGO 1: Depressão e ansiedade a longo prazo após tratamento cirúrgico para câncer de mama: uma revisão integrativa.....	29
Introdução.....	32
Objetivos.....	33
Método.....	33
Resultados.....	35
Discussão	37
Considerações finais.....	39
Referências.....	39
Referências dos artigos selecionados.....	42
ARTIGO 2: Depressão e ansiedade em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama.....	60
Introdução.....	63
Objetivos.....	64
Método.....	64
Resultados.....	68
Discussão	70
Referências.....	73
Apêndice I – Variáveis socioeconômicas	92
Apêndice II – Variáveis clínicas relativas ao tratamento	93
Apêndice III – Variáveis relativas aos antecedentes pessoais	94
Apêndice IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95

Anexo I - Escala de depressão de Hamilton	96
Anexo II - Escala de ansiedade de Hamilton.....	98
Anexo III – Parecer do CEP Projeto de Pesquisa	99
Anexo III – Parecer do CEP Subprojeto de Pesquisa	107

APRESENTAÇÃO

Ingressei na faculdade no ano de 2006 para cursar a graduação em enfermagem. Durante os quatro anos da graduação, participei de um projeto de extensão universitária realizando visitas domiciliares à primíparas. A participação nesse projeto me motivou a buscar mais conhecimento sobre o campo da saúde pública e também a realizar meu trabalho de conclusão de curso nessa área.

Após concluir a graduação, cursei as especializações em Enfermagem na Saúde do Trabalhador e em Unidade de Terapia Intensiva. Posteriormente trabalhei por dois anos em uma instituição que atendia crianças e adultos com deficiências físicas e intelectuais. Essa minha primeira experiência de trabalho me fortaleceu e contribuiu muito para o meu amadurecimento como pessoa.

No ano de 2012 tive a oportunidade de iniciar minha carreira acadêmica na Faculdade de Saúde de São Paulo. Uma das minhas atribuições, além da sala de aula, era a supervisão de estágio em uma unidade básica de saúde. Isso me fez recordar e sentir uma certa nostalgia das visitas domiciliares e dos cuidados com as mulheres que vivenciei na época da graduação.

Em 2015, ingressei no Mestrado Profissional em Enfermagem na Faculdade de Medicina de Botucatu. Vinha para Botucatu uma vez por semana para frequentar as aulas e acompanhar as orientações. No mestrado, tive a oportunidade de produzir um e-book em formato gibi com orientações para a população sobre o exame preventivo do câncer do colo uterino.

Um ano depois, fui aprovada em um processo seletivo de trabalho em uma instituição de formação técnica de profissionais da enfermagem. Viemos para Botucatu, somente eu e meu marido, deixando minha família e meu antigo trabalho para me aventurar em uma cidade com tamanha estrutura na área da saúde.

Logo após a conclusão do mestrado, ingressei no doutorado, como aluna regular em 2017, com um projeto sobre câncer de mama liderado pela Profa. Malu. Projeto este financiado pela FAPESP (processo no. 15/10571-0) e que tinha como objetivo investigar a qualidade de vida, desempenho das atividades da vida diária, ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas por câncer de mama. Eu fiquei responsável por desenvolver o subprojeto que investigava o efeito do tipo de tratamento cirúrgico para o câncer de mama no desenvolvimento

de sintomas de ansiedade e depressão.

A intenção desse trabalho é tentar mostrar aos profissionais da saúde a importância de um olhar cada vez mais humano a essas mulheres que vivenciam o câncer de mama. Todas as etapas do tratamento oncológico podem levar a uma sobrecarga emocional, podendo gerar sofrimento mental, e esse pode permanecer por um longo tempo após a finalização do tratamento.

Durante toda a coleta de dados, experimentei o quão doloroso pode ser para algumas mulheres o diagnóstico de câncer de mama e os reflexos que os tratamentos podem gerar.

Diante de tamanha responsabilidade com a problematização que é o câncer de mama sintetizei essa tese em três capítulos. No primeiro capítulo, chamado de *Introdução*, irei abordar a problemática do câncer de mama desde o diagnóstico até a escolha do tratamento. No segundo capítulo (*Artigo 1*) realizei uma revisão integrativa da literatura que embasa e sustenta a pesquisa em questão. E no terceiro capítulo (*Artigo 2*) concretizei a pesquisa objeto alvo dessa tese.

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, se destacando na maioria dos países entre uma das quatro principais causas de óbitos antes dos 70 anos de idade ^{WHO (2020)}. Tanto a incidência quanto a mortalidade por câncer vem aumentando em diversas partes do mundo devido ao envelhecimento e ao crescimento populacional, assim como a distribuição dos seus principais fatores de risco, especialmente aqueles associados ao desenvolvimento socioeconômico ^{Sung, Ferlay, Siegel (2021)}.

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no mundo. Em 2020, ocorreram aproximadamente 2,2 milhões de casos novos, representando 24,5% de todos os cânceres diagnosticados em mulheres. O câncer de mama também é a principal causa de morte por câncer entre mulheres em todo o mundo, computando 684.996 mortes em 2020 ^{Sung, Ferlay, Siegel (2021)}.

No Brasil, o câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) ocorreram no Brasil mais de 66.000 novos casos de câncer de mama em 2021. Em relação à mortalidade, ocorreram mais de 18.000 óbitos por câncer de mama em 2019 ^(INCA, 2019).

Referente à sobrevida das mulheres com câncer de mama, existe uma grande variação a nível mundial. No estudo CONCORD-3 que incluiu mais de 6 milhões de mulheres com câncer de mama diagnosticadas entre 2000-2014 em 64 países, a probabilidade de sobrevida em cinco anos variou entre 66-90% ^{Coleman, Allemani (2018)}.

Dados brasileiros também foram incluídos nesse estudo. A probabilidade de sobrevida para as mulheres com câncer de mama no Brasil aumentou ao longo do tempo. A sobrevida em cinco anos para as mulheres diagnosticadas entre 2000-2004 foi de 68,7% e 75,2% para aquelas diagnosticadas entre 2010-2014 ^{Coleman, Allemani (2018)}.

O desenvolvimento do câncer de mama ocorre pela multiplicação desordenada de células mamárias anormais e com potencial de invadir outros órgãos. O câncer de mama é uma doença multifatorial cuja etiologia não é completamente conhecida. Os principais fatores de risco conhecidos para a doença são idade maior ou igual a 50 anos, sobrepeso/obesidade, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, exposição frequente à radiação

ionizante, menarca precoce, nunca ter engravidado, primeira gravidez após os 30 anos, não ter amamentado, menopausa após os 55 anos, uso prolongado de contraceptivos orais e/ou terapia de reposição hormonal e os fatores genéticos (alterações nos genes BRCA1 e BRCA2 e história familiar de câncer - câncer de mama antes dos 50 anos, câncer de ovário e de mama em homens) INCA, (2021).

O câncer de mama pode ser percebido, na maioria dos casos, por meios dos sinais e sintomas como nódulo fixo, endurecido e geralmente indolor, alterações do mamilo, fluxo papilar unilateral espontâneo (transparente e/ou sanguinolento), pele da mama avermelhada, retraída com aspecto de casca de laranja ou nódulo(s) axilar e/ou na região cervical INCA, (2021).

A prevenção para o câncer de mama baseia-se na prevenção primária e secundária. A prevenção primária consiste no controle do peso corporal, a alimentação saudável, a prática regular de atividade física moderada, o não consumo de bebidas alcoólicas Gomes et al. (2020) e a amamentação Morris (2009).

Já a prevenção secundária consiste no rastreamento mamográfico periódico. Estima-se que o rastreamento mamográfico organizado, conjuntamente com a melhora nos tratamentos e na organização dos serviços de saúde sejam os responsáveis pela queda da mortalidade por câncer de mama em vários países de alta renda Duffy et al. (2020). No Brasil não existe rastreamento mamográfico organizado ao nível populacional. A recomendação atual do Ministério da Saúde é a realização da mamografia bienal em mulheres assintomáticas na faixa etária de 50 a 69 anos INCA (2015) e Migowski et al. (2018).

Quanto maior o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento pior é o prognóstico das pacientes com câncer de mama. A demora do tratamento pode acontecer em três ocasiões: 1. Intervalo de tempo entre o aparecimento dos sinais e sintomas até a sua chegada ao serviço de saúde; 2. Intervalo entre o acolhimento do profissional de saúde até a confirmação diagnóstica e; 3. Intervalo entre diagnóstico e o início do tratamento para a neoplasia em questão. A mesma mulher pode passar pelo atraso em várias etapas na linha de cuidado Souza et al. (2015).

Referente à morfologia tumoral, os tipos histológicos mais frequentes são o carcinoma ductal, atualmente classificado como subtipo não especial, seguido do carcinoma lobular Bray et al. (2018).

O câncer de mama também é classificado quanto ao subtipo molecular, permitindo assim estratificar essa neoplasia em diferentes entidades que requerem tratamentos específicos, diferentes estratégias de monitoramento e apresentam diferentes prognósticos. No Quadro 1 são apresentados os subtipos moleculares do câncer de mama ^{Nascimento, Otoni (2020)}.

Quadro 1. Classificação molecular do câncer de mama

Subtipos moleculares	Biomarcadores	Grau de diferenciação histológica	Frequência (%)
Luminal A	RE + RP + HER2 - Ki67 baixo	Bem diferenciado (grau I)	40 – 50
Luminal B HER2-	RE + RP - HER2 - Ki67 alto	Moderadamente diferenciado (grau II)	20 – 30
Luminal B HER2+	RE + RP +/- HER2 + Ki67 alto/baixo		
HER2+	RE - RP - HER2 + Ki67 alto	Pouco diferenciado (grau III)	15 – 20
Triplo negativo	RE - RP - HER2 - Ki67 alto	Pouco diferenciado (grau III)	10 – 20

RE: receptor de estrógeno; RP: receptor de progesterona; HER2: fator de crescimento epidérmico 2.

Uma vez estabelecido o diagnóstico do câncer de mama é imprescindível definir com exatidão a extensão da doença. O sistema TNM da *American Joint Committee on Cancer* ^{AJCC (2017)}, tem sido utilizado para o estadiamento clínico e patológico de diferentes tumores malignos. Onde (T) faz referência à extensão do tumor primário, (N) a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais e (M) refere-se a ausência ou presença de metástase à

distância. O Quadro 2 sintetiza a classificação do sistema TNM para o câncer de mama.

Quadro 2. Classificação TNM para o câncer de mama - American Joint Committee on Cancer, 2017

Categoria T	
TX	Tumor primário não pode ser avaliado.
T0	Sem evidência de tumor primário.
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor menor ou igual a 2 cm de diâmetro.
T2	Tumor maior que 2 cm e menor que 5 cm de diâmetro.
T3	Tumor maior que 5 cm de diâmetro.
T4	Tumor de qualquer tamanho crescendo na parede torácica ou na pele.
Categoria N	
NX	Não pode ser avaliados
N0	Ausência de metástase linfonodal
N1	Metástase para 1 a 3 linfonodos
N2	Metástase para mais de 4 linfonodos
N3	Metástase para mais de 10 linfonodos
Categoria M	
MX	Metástase não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástase
M1	Presença de metástase frequentemente ossos, pulmões, cérebro ou fígado

O estadiamento do câncer de mama ajuda a determinar qual o tratamento mais apropriado e o prognóstico das mulheres acometidas pela doença. O Quadro 3 resume o grupamento dos estádios do câncer de mama em relação ao sistema TNM.

Quadro 3. Grupamento por estádios para o câncer de mama - American Joint Committee on Cancer, 2017

Estádio	TNM
0	Tis N0 M0
I	T1 N0 M0
IIA	T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 N0 M0
IIB	T2 N1 M0 T3 N0 M0
IIIA	T0 N2 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 ou N2 M0
IIIB	T4 N0, N1 ou N2 M0
IIIC	Qualquer T N3

	M0
IV	Qualquer T Qualquer N M1

As terapias a serem utilizadas para o câncer de mama variam de acordo com o estadiamento da doença, as características biológicas do tumor e as condições da mulher diagnosticada com câncer, podendo ser realizado tratamento local com cirurgia e radioterapia ou sistêmico com a quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica Cavalcante et al. (2020).

Os tratamentos cirúrgicos são usualmente empregados na terapêutica do câncer de mama, podendo ser classificados em: cirurgia conservadora e a mastectomia. A mastectomia é um procedimento que visa a retirada total da glândula mamária, podendo ser classificadas em mastectomia radical (ressecção completa da mama, linfonodos axilares e músculos peitorais), mastectomia radical modificada (ressecção completa da mama e de linfonodos axilares), mastectomia simples (ressecção completa da mama), e mastectomia poupadora da pele e/ou mamilo Cavalcante et al. (2020).

Por outro lado, as cirurgias conservadoras retiram somente parte da glândula mamária que contém o tumor e comumente não trazem prejuízo na sobrevida da mulher. Dependendo da quantidade de tecido ou setor da mama que contém o tumor que é retirado, essas cirurgias levam nomes como tumorectomia, lumpectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou mastectomia segmentar Cavalcante et al. (2020).

Tanto a mastectomia total como a cirurgia conservadora seguida de radioterapia são usadas como abordagens padrão na atualidade. Essas duas abordagens têm se mostrado consistentemente equivalentes em relação à sobrevida livre de recidiva e à sobrevida global. As contraindicações para a realização da cirurgia conservadora incluem: (1) presença de microcalcificações suspeitas difusas nos exames de imagens da mama; (2) margens cirúrgicas comprometidas após cirurgia; (3) doença que não pode ser tratada pela excisão de uma única região do tecido mamário com resultado cosmético satisfatório; (4) certas doenças vasculares do colágeno, como por exemplo a esclerodermia; e (5) radioterapia prévia na mama envolvida Waks, Winer (2019).

A ressecção dos linfonodos axilares é considerada atualmente como uma abordagem separada do tratamento cirúrgico da mama. A linfadenectomia continua sendo realizada nas pacientes com axila positiva no momento do diagnóstico. Por outro lado, somente a biópsia de linfonodos sentinelas é considerada suficiente para casos com axila negativa no momento do diagnóstico conjuntamente com outras características ^{Waks, Winer (2019)}.

A radioterapia é uma modalidade de tratamento que usa radiação ionizante para prevenir a multiplicação de células tumorais e determinar sua morte ao fornecer radiação ao tumor com o menor dano possível aos tecidos saudáveis circundantes ^{Silva, Santos (2018)}. A radioterapia pós-operatória para erradicar depósitos tumorais clinicamente ocultos na mama, parede torácica e sistema de drenagem linfática regional é oferecida à maioria das mulheres após cirurgia conservadora da mama ou mastectomia na presença de fatores de risco ^{Loibl, Poortmans, Morrow (2021)}.

A quimioterapia consiste na administração sistêmica de agentes citotóxicos, como a doxorrubicina, ciclofosfamida, 5-fluorouracil (5-FU) e taxanos (paclitaxel ou docetaxel). Notadamente protocolos combinados podem proporcionar reduções significativas na recorrência e mortalidade do câncer de mama ^{Moo et al. (2018)}.

O uso da terapia endócrina (hormonioterapia) por 5-10 anos é o tratamento padrão para mulheres com câncer de mama RE positivo. Para mulheres na pós-menopausa, as opções terapêuticas incluem tamoxifeno ou um inibidor de aromatase esteróide (exemestano) ou não esteróide (letrozol ou anastrozol) ^{Loibl, Poortmans, Morrow (2021)}.

A terapia alvo é o tratamento que usa drogas ou outras substâncias para identificar e atacar especificamente as células cancerígenas, causando pouco dano às células normais. Nessa modalidade de tratamento inclui a terapia alvo para o câncer de mama HER2 positivo; terapia alvo para câncer de mama receptor hormonal positivo; terapia alvo para mulheres com mutações no gene BRCA; terapia alvo para câncer de mama HER2 negativo e receptor de hormônio negativo ^{Almuwaqqat et al. (2019)}.

Em resumo, referente ao tratamento do câncer de mama, para os casos nos estádios I e II a conduta inicial é o tratamento local, que consiste em cirurgia conservadora ou mastectomia ^{Sledge et al. (2014)}. A reconstrução mamária deve ser

sempre considerada nos casos de mastectomia. O tratamento complementar após a cirurgia com radioterapia pode ser indicado em alguns casos ^{INCA (2020)}. A terapêutica sistêmica é determinada nos casos de risco de recorrência (idade, tamanho do tumor, avaliação dos linfonodos) e características tumorais baseados principalmente nos receptores hormonais, quando há indicação de hormonioterapia e HER2 para indicação de terapia biológica anti-HER2 ^{Wolff et al. (2013)}.

Já no estágio III inicialmente o tratamento sistêmico é a terapia de escolha, comumente com a quimioterapia. A cirurgia e a radioterapia serão realizadas dependendo da resposta ao tratamento sistêmico. E finalmente, para os casos em estágio IV, o tratamento sistêmico é a modalidade utilizada. Nesse estágio a escolha da terapia busca o equilíbrio entre a resposta tumoral e a sobrevida da mulher, levando em consideração os possíveis efeitos colaterais que o tratamento pode desencadear ^{Cortazar et al. (2014)}.

Muitas mulheres acometidas por câncer de mama se deparam com uma gama de sentimentos na revelação do diagnóstico, muitas vezes evidenciado pelo desespero, medo de morrer, desencadeamento de desequilíbrios afetivo-emocional, como depressão, ansiedade ou até mesmo psicoses, bem como funciona como evento gerador de estresse para mulheres ^{Bittencourt, Netto, Ferraz (2017) e Feijó et al. (2016)}.

Referências

World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2020: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death. Acesso em: 11 dez. 2021.

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 4 fev 2021; 71(3):209-49. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2021.

Coleman M, Allemani C. Global surveillance of cancer survival trends up to 2014 (CONCORD-3). European Journal of Public Health [Internet]. 1 nov 2018 [citado 1 jun 2022];28(suppl_4). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky212.623>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Câncer de mama: vamos falar sobre isso? 6a. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2021.

Gomes KA, Monteiro LN, Oliveira ME, Nóbrega WF, Mota GB, Barbosa DV, Melo Júnior SA. Conhecimento de usuárias de um serviço público de saúde sobre fatores de risco e de proteção para o câncer de mama. Research, Society and Development [Internet]. 27 ago 2020 [citado 1 jun 2022];9(9):e498997521. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7521>

Morris GJ. Breastfeeding, Parity, and Reduction of Breast Cancer Risk. The Breast Journal [Internet]. Set 2009 [citado 1 jun 2022];15(5):562-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2009.00787.x>

Duffy SW, Tabár L, Yen AM, Dean PB, Smith RA, Jonsson H et al. Mammography screening reduces rates of advanced and fatal breast cancers: Results in 549,091 women. Cancer [Internet]. 11 maio 2020 [citado 1 jun 2022];126(13):2971-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.32859>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

Migowski A, Silva GA, Dias MB, Diz MD, Sant'Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações

nacionais, principais evidências e controvérsias. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 21 jun 2018 [citado 1 jun 2022];34(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074817>

Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MH, Zandonade E, Matos JC, Schirmer J. Breast cancer: diagnosis-to-treatment waiting times for elderly women at a reference hospital of São Paulo, Brazil. Cien Saude Colet [Internet] 2015 [citado 1 jun 2022]; 20(12):3805-3816. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.00422015>

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 12 set 2018 [citado 1 jun 2022];68(6):394-424. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Nascimento RG, Otoni KM. Histological and molecular classification of breast cancer: what do we know? Mastology [Internet]. 2020 [citado 1 jun 2022];30. Disponível em: <https://doi.org/10.29289/25945394202020200024>

AJCC cancer staging manual - 8. edition. Nova York: Springer; 2017.

Cavalcante FP, Millen EC, Zerwes FP, Novita GG. Progress in Local Treatment of Breast Cancer: A Narrative Review. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics [Internet]. Jun 2020 [citado 1 jun 2022];42(06):356-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712125>.

Waks AG, Winer EP. Breast Cancer Treatment: A Review. JAMA. 2019;321(3):288–300.

Silva LFO, Santos LB. Física médica aplicada à radioterapia. Diretrizes Oncológicas 2. 2018 [citado 1 jun 2022]; Disponível em: https://diretrizesoncológicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte37.pdf.

Loibl S, Poortmans P, Morrow M, Denkert C, Curigiano G. Breast cancer. Lancet [Internet]. 2021 [citado 1 jun 2022];397(10286):1750-1769. Erratum in: Lancet. 2021;397(10286):1710.

Moo TA, Sanford R, Dang C, Morrow M. Overview of Breast Cancer Therapy. PET Clinics [Internet]. Jul 2018 [citado 1 jun 2022];13(3):339-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpet.2018.02.006>

Almuwaqqat Z, Meisel JL, Barac A, Parashar S. Breast Cancer and Heart Failure. Heart Failure Clinics [Internet]. Jan 2019 [citado 1 jun 2022];15(1):65-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2018.08.007>

Sledge GW, Mamounas EP, Hortobagyi GN, Burstein HJ, Goodwin PJ, Wolff AC. Past, Present, and Future Challenges in Breast Cancer Treatment. Journal of Clinical Oncology [Internet]. 1 jul 2014 [citado 1 jun 2022];32(19):1979-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/jco.2014.55.4139>

Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al. Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Update. Archives of Pathology & Laboratory Medicine [Internet]. 7 out 2013 [citado 1 jun 2022];138(2):241-56. Disponível em: <https://doi.org/10.5858/arpa.2013-0953-sa>

Cortazar P, Zhang L, Untch M, Mehta K, Costantino JP, Wolmark N et al. Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. The Lancet [Internet]. Jul 2014 [citado 1 jun 2022];384(9938):164-72. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62422-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62422-8)

Bittencourt JFV, Netto IF, Ferraz LM. Mulheres Mastectomizadas: estratégias para o enfrentamento da nova realidade. Vita et Sanitas [Internet]. 2017 [citado

1jun 2022];8(1), 19-38. Disponível em:
<http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/27/20>

Feijó AM, De Leon Linck C, Da Costa Viegas A, Pozza dos Santos B. Os caminhos de cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama. *Avances en Enfermería* [Internet]. 26 jul 2016 [citado 1 jun 2022];34(1):58. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37390>

ARTIGO 1:
Depressão e ansiedade a longo prazo após
tratamento cirúrgico para câncer de mama:
uma revisão integrativa

Depressão e ansiedade a longo prazo após tratamento cirúrgico para câncer de mama: uma revisão integrativa

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é uma das neoplasias malignas mais comuns em mulheres em todo o mundo e a maioria dessas com esse tipo de câncer será submetida a algum tipo de cirurgia como parte de seu tratamento. **Objetivo:** Investigar a frequência de depressão e/ou ansiedade a longo prazo (seis meses ou mais) em mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico por câncer de mama e caracterizar a produção científica sobre os fatores relacionados com depressão e/ou ansiedade a longo prazo em mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico por câncer de mama. **Método:** Revisão integrativa da literatura. A amostra do estudo incluiu todos os artigos que retratavam o tema referente a esta revisão integrativa encontrados na literatura nacional e internacional publicados entre 2007 e 2021 e disponíveis em modelo eletrônico de publicação indexado nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed, Cinahl, Embase e Web of Science. **Resultados:** foram identificados 2.182 estudos. Após revisão e avaliação do autor principal, 14 artigos foram incluídos nesta revisão integrativa. A maioria dos estudos foi do tipo coorte, com coleta de dados mais de um ano após a mastectomia. Ansiedade e depressão foram encontradas nos resultados dos estudos selecionados **Considerações finais:** Evidenciou-se que mulheres tratadas cirurgicamente apresentam principalmente sinais e sintomas de depressão a longo prazo, destacando as mulheres mais jovens e com baixa escolaridade.

Palavras chave: Mulheres. mastectomia. Câncer de mama. Depressão. Ansiedade.

Long-term depression and anxiety after surgical treatment for breast cancer: an integrative review

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is one of the most common malignancies in women worldwide and most of those with this type of cancer will undergo some type of surgery as part of their treatment. **Objective:** To investigate the frequency of long-term depression and/or anxiety (six months or more) in women who underwent surgical treatment for breast cancer and to characterize the scientific production on factors related to long-term depression and/or anxiety. in women who underwent surgical treatment for breast cancer. **Method:** Integrative literature review. The study sample included all articles that portrayed the theme referring to this integrative review found in the national and international literature published between 2007 and 2021 and available in an electronic publication model indexed in the following databases: Virtual Health Library, PubMed, Cinahl, Embase and Web of Science. **Results:** 2,182 studies were identified. After review and evaluation by the main author, 14 articles were included in this integrative review. Most studies were of the cohort type, with data collection more than one year after mastectomy. Anxiety and depression were found in the results of the selected studies **Final considerations:** We found that women treated surgically present mainly signs and symptoms of depression in the long term, particularly those who are younger and with low level of education.

Keywords: Women. mastectomy. Breast cancer. Depression. Anxiety.

Introdução

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres no mundo. Em 2020, ocorreram aproximadamente 2,2 milhões de casos novos, representando 24,5% de todos os cânceres diagnosticados em mulheres. O câncer de mama também é a principal causa de morte por câncer entre mulheres em todo o mundo, computando 684.996 mortes em 2020 ^{Sung, Ferlay, Siegel (2021)}.

No Brasil, o câncer de mama também é a neoplasia maligna mais frequente entre as mulheres, depois das neoplasias malignas de pele não melanoma. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) ocorreram no Brasil mais de 66.000 novos casos de câncer de mama em 2022. Em relação à mortalidade, ocorreram 17.825 óbitos por câncer de mama em 2020 ^{INCA (2019)}.

Dentre os tipos de tratamento para o câncer de mama, a cirurgia é o tratamento de escolha, isolada ou em associação com outras terapias. Quase 90% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama podem ser tratadas com cirurgia conservadora da mama ou mastectomia ^{Lovelace, Daniel, Golden (2019)}.

Na fase inicial do tumor a principal técnica utilizada é a cirurgia conservadora, que remove o tumor envolvido na borda do tecido normal. Nessa técnica exige a preservação do tecido mamário e pode ser realizada utilizando a técnica de quadrantectomia (ressecção segmentar) ou lumpectomia (remoção do tumor com margem ao redor) ^{Santos et al. (2017)}.

A mastectomia causa alterações no corpo da mulher e pode influenciar a feminilidade, pois a mama é considerada culturalmente um símbolo sexual. Assim a mulher pode se sentir mutilada fisicamente e podendo vivenciar traumas de ordem emocional e social relacionadas a modificação corporal ^{Silva et al. (2010)}.

Os efeitos a longo prazo do tratamento para câncer de mama dependem do tipo de cirurgia inicial, do número de cirurgias realizadas, da realização de reconstrução mamária, de tratamentos adjuvantes e também da remoção da mama contralateral ^{Howes et al. (2016)}.

Objetivos

1. Investigar a frequência de depressão e/ou ansiedade a longo prazo (seis meses ou mais) em mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico por câncer de mama;
2. Caracterizar a produção científica sobre os fatores relacionados com depressão e/ou ansiedade a longo prazo em mulheres que foram submetidas ao tratamento cirúrgico por câncer de mama.

Método

O desenho de estudo foi uma revisão integrativa. A revisão integrativa permite fazer um levantamento de conhecimentos produzidos/evidenciados sobre um dado problema de pesquisa, neste caso a depressão e ansiedade, a fim de oferecer dados que promovam a qualidade na assistência prestada às mulheres ^{Crossetti (2012) e Ercole, Melo, Alcoforado (2014)}.

Esse método tem como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado, permitindo: busca, avaliação e sintetização das evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento da depressão e ansiedade a longo prazo em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama ^{Mendes, Silveira, Galvão (2008)}.

A presente revisão foi elaborada seguindo as seis etapas descritas previamente ^{Mendes, Silveira, Galvão (2008)} que são: 1. identificação do tema e seleção da hipótese para a revisão integrativa; 2. estabelecimento de critérios e amostragem que irão compor a revisão; 3. definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. interpretação dos resultados e 6. apresentação da síntese do conhecimento obtido com a revisão.

A pergunta de pesquisa utilizada foi: A prevalência ou incidência de depressão e ansiedade tem relação com o tempo decorrido da mastectomia?

A amostra do estudo incluiu todos os artigos que retrata a temática referente a essa revisão integrativa encontrados na literatura nacional e internacional nos últimos 15 anos disponíveis em modelo de publicação eletrônica.

Optou-se por publicações dos últimos 15 anos, visto que é um tema em constante atualização, e para ter um maior impacto, acredita-se que esses

estudos mais recentes possam contribuir com as características vivenciadas da população atual.

Os seguintes critérios foram obedecidos para a definição/inclusão da amostra:

- Artigos originais na íntegra publicados em português, espanhol ou inglês, nos últimos 15 anos (2007 a 2021);
- Artigos indexados pelos unitermos: depressão / Sintomas Depressivos / ansiedade / Transtornos de Ansiedade / Distúrbios de Ansiedade / Estados de Ansiedade Neurótica / Neurose de Ansiedade / Transtornos Ansiosos / Transtornos de Angústia / mastectomia segmentar / cirurgia conservadora da mama / mastectomia / mulher / depression / depresión / mastectomía segmentaria / mastectomía / mujeres / depression / Depressions / “Depressive Symptoms” / “Depressive Symptom” / “Symptom, Depressive” / “Symptoms, Depressive” / “Emotional Depression” / “Depression, Emotional” / “Depressions, Emotional” / “Emotional Depressions” / “Anxiety Disorders” / anxiety / “Anxiety Disorder” / “Disorder, Anxiety” / “Disorders, Anxiety” / “Neuroses, Anxiety” / “Anxiety Neuroses” / “Anxiety States, Neurotic” / “Anxiety State, Neurotic” / “Neurotic Anxiety State” / “Neurotic Anxiety States” / “State, Neurotic Anxiety” / “States, Neurotic Anxiety” / “mastectomy segmental” / mastectomy / Mastectomies / Mammectomy / Mammectomies / women / Woman;

As bases de dados utilizadas como fonte de informação foram: PubMed (National Library of Medicine), Cinahl (EBSCO), Embase (Elsevier), Web of Science (Coleção principal) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A estratégia de busca incluindo todas as palavras-chave identificadas e termos de índice, foi adaptada para cada fonte de informação incluída. As palavras do texto contidas nos títulos, resumos de artigos e os termos indexados foram usados para desenvolver uma estratégia de busca completa em diferentes bases de informação (Tabela I)

Após a busca, todas as citações encontradas foram carregadas no EndNote X9 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e a duplicidade removida. A avaliação dos estudos aconteceu com leitura dos títulos e resumos de estudos identificados usando o *software online* Rayyan (Qatar Computing Research

Institute, Doha, Qatar). Estudos que poderiam atender aos critérios de inclusão foram recuperados na íntegra e avaliados.

As publicações foram analisadas de forma objetiva seguindo os critérios:

- Informações referentes à identificação da pesquisa e ao pesquisador: título do artigo, nome do periódico, ano de publicação, idioma do artigo, objetivos do estudo e afiliação dos autores.
- Informações referentes à pesquisa: método de pesquisa e instrumentos utilizados, resultados encontrados e conclusão.

A apresentação dos resultados e a discussão dos mesmos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando ao leitor a praticidade desta revisão integrativa, de forma a atingir aos propósitos desse método.

Resultados

Foram pesquisadas as bases de dados bibliográficas em janeiro de 2022. Em cada base de dados foram gerados arquivos de exportação, que foram então importados para o EndNote X9.2 (Clarivate Analytics, PA, EUA). Identificou-se 2.182 publicações, esse gerenciador de referências excluiu automaticamente os estudos duplicados.

Após a retirada das duplicatas, utilizando o *software online* Rayyan (Qatar Computing Research Institute, Doha, Catar) foram identificadas 1.932 citações, os trabalhos ainda identificados como duplicados (n=267) ou que não estavam enquadrados nos critérios de inclusão (n=298) foram excluídos manualmente, gerando um total de 1.367 citações. Após a leitura do título e no resumo, foram excluídos 1.344 publicações. Das 23 publicações restantes a serem avaliadas na íntegra, 10 foram excluídas, 04 por não responderem a pergunta de estudo e 06 por não serem artigos completos. Os outros 13 estudos foram considerados elegíveis. Após a revisão das referências, identificou-se mais uma publicação elegível. Assim, no total, 14 publicações foram inclusas nessa revisão. A Figura 1 ilustra o fluxograma da busca para essa revisão.

A Tabela 2 agrupa as informações sobre a caracterização das publicações, objetivos e pesquisadores.

Os países de afiliação dos 14 estudos foram: 28,6% na Coreia do Sul, 14,3% nos Estados Unidos da América, 14,3% na Grécia, 7,1% no Brasil, 7,1% na Hungria, 7,1% nos Países Baixos, 7,1% Suécia, 7,1% na Itália e 7,1% na

China. O tamanho dos estudos variou de 63 a 10.650 pacientes e todos foram publicados na língua inglesa. Os estudos foram publicados principalmente nos anos de 2013 (21,4%), 2007 (14,3%) e 2017 (14,3%).

Quanto aos periódicos em que os artigos elegíveis foram publicados, o periódico *Quality of Life Research* teve dois estudos publicados (14,3%), enquanto o restante das revistas teve uma publicação sobre a temática.

Referente ao número de autores que foram citados nas publicações dos artigos selecionados, observa-se que a maioria dos artigos foram desenvolvidos por mais de cinco autores. As palavras câncer de mama (78,6%), depressão (57,1%), ansiedade (7,1%), e longo prazo (50%) aparecem nos títulos dos estudos selecionados.

Quanto à metodologia, nota-se que todos são de abordagem quantitativa, e o desenho de estudo do tipo coorte foi o mais frequente (57,1%). Na coleta de dados é possível identificar que 28,6% dos estudos avaliaram os escores de ansiedade e/ou depressão antes e após o tratamento cirúrgico, destacando o período após a cirurgia que caracteriza longo prazo: 50% das mulheres foram submetidas à cirurgia de 6 meses a 1 ano anterior ao estudo, 21,4% das mulheres com 2 a 3 anos após a cirurgia e 28,6% das mulheres o estudo aconteceu com mais de 4 anos após a cirurgia por câncer de mama.

Ainda, na coleta de dados, em relação aos instrumentos utilizados, o Inventário de Beck foi o que mais se destacou na avaliação dos sinais e sintomas de depressão (35,7%), e Inventário de Ansiedade Traço-Estado, foi o mais usado na avaliação dos sinais e sintomas da ansiedade (21,4%).

Em relação aos principais resultados encontrados, ficou evidenciado que mulheres mastectomizadas apresentam mais sinais e sintomas de depressão, destacando as mulheres mais jovens e com baixa escolaridade. A aparência e a vulnerabilidade também foram citadas como fatores que contribuem para a depressão. Compreende-se que a reconstrução da mama tem forte relação com a redução de sinais e sintomas da depressão e ansiedade e melhoria da qualidade de vida das mulheres.

A Tabela 3 foi construída para descrever detalhadamente as informações referentes à pesquisa quanto objetivos, método de pesquisa e instrumentos utilizados, resultados encontrados e conclusão.

Discussão

Os resultados coletados neste estudo mostraram que vários fatores influenciaram a prevalência ou incidência da ansiedade e depressão em mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico por câncer de mama a longo prazo, tais como: escolaridade, renda familiar, autoestima e uso de prótese mamaria.

De fato, ao receber um diagnóstico de câncer, os indivíduos experienciam um misto de sofrimentos, tristeza, incluindo o medo da morte; porém nos casos de câncer de mama adicionam mais sentimentos associados à autoimagem e à possibilidade da perda das mamas, a qual possui um grande símbolo da sexualidade feminina Tavares e Tard (2010) e Hung et al. (2013).

O câncer de mama gera mudanças físicas e psicológicas, sendo impactantes desde o momento do diagnóstico até o tratamento que se submeterá. Tais mulheres deparam-se com uma doença que traz angústia, medo do desconhecido, com receio da mesma ser incurável, podendo ser afetado uma parte do corpo, com o tratamento cirúrgico na qual será submetida, alteração da estética e dor Tavares e Tard (2010) e Hung et al. (2013).

A associação das mudanças físicas com os métodos de tratamento, sejam químicos, farmacológicos ou intervenções cirúrgicas, não devem ser associadas apenas para a questão física da mulher, considerando sempre os possíveis impactos que tais mudanças podem ocasionar na sua saúde mental. A sensação de vergonha associada aos distúrbios de imagem corporal é o principal preditor negativo para o adoecimento psíquico. Esses distúrbios de imagem corporal, autoestima e físicos afetam diretamente a expressão da sexualidade destas mulheres Oliveira, Silva, Prazeres (2017).

Vale ressaltar que o câncer de mama tem um caráter agressivo, ocasionando diversas alterações que impactam o biopsicossocial feminino. Essas alterações são provenientes de alternativas terapêuticas que visam tratar a doença, objetivando a melhoria da qualidade de vida, sendo necessário o emprego do princípio da integralidade durante a prestação da assistência à clientela Oliveira, Silva, Prazeres (2017).

Percebe-se na identificação das publicações quanto ao título e os termos que mais se destacaram foram câncer de mama, mastectomia e depressão. Esse resultado pode ser justificado pela estratégia de busca utilizada, mas também pelo fato da representação das mamas para a mulher e como o

tratamento pode impactar na imagem corporal ^{Timm et al. (2017)}, decorrentes da alopecia, ganho de peso, cicatriz e perda das mamas, que repercutem na sexualidade e autoestima ^{Silveira et al. (2016)}.

O câncer de mama ocasiona frequentemente uma consequência psicológica, a qual pode gerar um sentimento de inferioridade e medo de rejeição principalmente por parte do parceiro ^{Kamińska et al. (2015)} e Ha, Cho (2014).

Observa-se que os dados mostram um maior medo relacionado à nova aparência, como por exemplo, a autoaceitação e reconhecimento sem a mama, a qual pode ser expressada das mais diversas formas, inclusive subjetivamente, por meio do choro, tristeza, ansiedade e baixa autoestima, de acordo com ^{Timm et al. (2017)}.

Outra importante consideração neste estudo é em relação aos locais dos estudos, visto que as pesquisas foram majoritariamente conduzidas em países de alta renda. Porém, sabe-se que a frequência de câncer de mama em estágio avançado ao diagnóstico é maior nos países de baixa e média renda comparado com aquelas dos países de alta renda, sendo necessários, portanto, tratamentos mais agressivos nos casos diagnosticados naqueles países. Desta forma, é de grande importância a condução de estudos em países de baixa e média renda a fim de avaliar a magnitude do problema nessas regiões.

Como esperado, o Inventário de Depressão de Beck foi um dos instrumentos mais aplicados nos estudos analisados, o qual deve-se pelo fato de ser autoaplicável e composto por apenas 21 questões ^{Beck (1993)}, proporcionando uma ferramenta de fácil aplicação e efetiva a fim de analisar a intensidade dos sintomas depressivos. Vale ressaltar que tal ferramenta foi primeiramente utilizada em 1996 e avalia para os efeitos da psicoterapia na depressão em mulheres com câncer de mama ^{Marchioro et al. (1996)}.

O processo de aceitação da depressão impacta na reconstrução da autoestima, o que pode ocorrer por volta de até cinco anos após o diagnóstico do estado depressivo, pois são inversamente proporcionais, isto é quanto maior o estado depressivo menor será a autoestima; porém, ao aceitar o diagnóstico de depressão, a autoestima aumentará ^{Cieślak, Golusiński (2018)}.

O quadro de ansiedade também está relacionado com o tempo, ou seja, quanto maior o tempo percorrido do tratamento cirúrgico, maior é o nível de

aceitação de suas deficiências; consequentemente controlando melhor o quadro de ansiedade Cieślak, Golusiński (2018).

Entre as limitações presentes neste estudo, 1- vale-se ressaltar que muitos estudos foram conduzidos em países de alta renda, ou seja, impactando uma possível generalização dos dados analisados. 2 - grande parte dos estudos selecionados nesta pesquisa não possuíam como objetivo primário analisar a depressão e a ansiedade, desta forma limitou-se a utilizar apenas as informações relacionadas à depressão e ansiedade.

Considerações finais

Evidenciou-se que mulheres tratadas cirurgicamente apresentam principalmente sinais e sintomas de depressão a longo prazo, destacando as mulheres mais jovens e com baixa escolaridade.

O pronto diagnóstico e tratamento desses distúrbios pelos profissionais da saúde é de suma importância para a qualidade de vida. E redução dos agravos à saúde das mulheres com câncer de mama/aumento da taxa de sobrevida.

Referências

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 4 fev 2021 [citado 1 jun 2022];71(3):209-49. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>, accessed 03 decn. 2021.

Lovelace DL, McDaniel LR, Golden D. Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. Journal of Midwifery & Women's Health

[Internet]. 19 jul 2019 [citado 1 jun 2022];64(6):713-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>

Santos MI, da Silveira SGA, das Neves MF, Pupio SLF, Takeshi TFreitas S, Oliveira Andrade A, Oliveira Lima M. Impact of mastectomy and breast-conserving surgery on quality of life of women after breast cancer. O Mundo da Saúde [Internet]. 31 dez 2017 [citado 1 jun 2022];41(4):703-10. Disponível em: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20174104703710>

Silva SÉ, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues IL, Leite TV, Santos LM, et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. Out 2010 [citado 1 jun 2022];63(5):727-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000500006>

Howes BH, Watson DI, Xu C, Fosh B, Canepa M, Dean NR. Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery [Internet]. Set 2016 [citado 1 jun 2022];69(9):1184-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2016.06.004>

Crossetti MD. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. Jun 2012 [citado 1 jun 2022];33(2):8-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000200001>

Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. 2014. Disponível: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>

Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. Dez 2008 [citado 1 jun 2022];17(4):758-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>

Tavares JS, Trad LA. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Jun 2010 [citado 1 jun 2022];15(suppl 1):1349-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000700044>

Hung YP, Liu CJ, Tsai CF, Hung MH, Tzeng CH, Liu CY, Chen TJ. Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancers in Taiwan: a nationwide population-based study. *Psycho-Oncology* [Internet]. 6 mar 2013 [citado 1 jun 2022];22(10):2227-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.3277>

Oliveira FBM, Silva FSS, Prazeres ASB. Impacto do câncer de mama e da mastectomia na sexualidade feminina. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [citado 2021 maio 22]; 11 Supl.6:2533-40. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23421/1910>

Timm_MS, Perlini NM, Beuter M, Prates LA, Birk NM, Piccin C. A imagem corporal na ótica de mulheres após a mastectomia / Body image in optics of women after mastectomy. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet]. 10 jul 2017 [citado 1 jun 2022];16(1). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i1.30151>

Silveira CF, Regino PA, Soares MB, Mendes LC, Elias TC, Silva SR. Quality of life and radiation toxicity in patients with gynecological and breast cancer. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 1 jun 2022];20(4). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160089>

Kamińska M, Kubiowski T, Ciszewski T, Czarnocki K, Makara-Studzińska M, Bojar I, Starosławska E. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* [Internet]. 24 fev 2015 [citado 1 jun 2022];22(1):185-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5604/12321966.1141392>

Ha EH, Cho YK. Os efeitos mediadores da autoestima e do otimismo no relacionamento entre qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes

com câncer de mama. *Psychiatry Invest* [Internet]. 2014 [citado 1 jun 2022]; 11 (4): 437-45. Disponível em: <https://doi.org/10.4306/pi.2014.11.4.437>

Marchioro G, Azzarello G, Checchin F, Perale M, Segati R, Sampognaro E, Rosetti F, Franchin A, Pappagallo GL, Vinante O. The impact of a psychological intervention on quality of life in non-metastatic breast cancer. *European Journal of Cancer* [Internet]. Ago 1996 [citado 1 jun 2022];32(9):1612-5. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(96\)00134-7](https://doi.org/10.1016/0959-8049(96)00134-7)

Beck AT. BDI, Beck depression inventory: Manual. San Antonio, Tex: Psychological Corp.; 1987. 25 p.

Cieślak K, Golusiński W. Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* [Internet]. Maio 2018 [citado 1 jun 2022];23(3):168-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2018.02.002>.

Referências dos artigos selecionados

Karademas EC, Karvelis S, Argyropoulou K. Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health* [Internet]. 2007 [citado 1 jun 2022];23(3):161-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smi.1132>

Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, Wei QX, Robb GL. Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology* [Internet]. 16 jun 2007 [citado 1 jun 2022];14(11):3078-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-007-9413-9>

Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, Yun YH. Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association with Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management*

[Internet]. Jun 2008 [citado 1 jun 2022];35(6):644-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.012>

Sackey H, Sandelin K, Frisell J, Wickman M, Brandberg Y. Ductal carcinoma in situ of the breast. Long-term follow-up of health-related quality of life, emotional reactions and body image. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* [Internet]. Ago 2010 [citado 1 jun 2022];36(8):756-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2010.06.016>

Dunn LB, Cooper BA, Neuhaus J, West C, Paul S, Aouizerat B, Abrams G, Edrington J, Hamolsky D, Miaskowski C. Identification of distinct depressive symptom trajectories in women following surgery for breast cancer. *Health Psychology* [Internet]. Nov 2011 [citado 1 jun 2022];30(6):683-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0024366>

Kim S, Stewart R, Kim S, Yang S, Kim J, Shin I. Preditor de depressão em câncer de mama. *Asia-Pacific Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 1 jun 2022]; 4: 250-257. Disponível em: <https://doi-org.ez87.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1758-5872.2012.00197.x>.

Ho SS, So WK, Leung DY, Lai ET, Chan CW. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. Dez 2013 [citado 1 jun 2022];17(6):877-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.005>

Giardini A, Camilla P, Ines G, Veronica B, Elisabetta S, Giuseppina M. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 19 abr 2013 [citado 1 jun 2022];21(9):2453-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1794-7>

Jang JE, Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH, Shin HY, Kang HJ, Bae KY, Shin IS, Yoon JS. Religiosity, depression, and quality of life in Korean

patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study. *Psycho-Oncology* [Internet]. 30 abr 2012 [citado 1 jun 2022];22(4):922-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.3083>

Raaff CA, Derks EA, Torensma B, Honig A, Vrouenraets BC. Breast reconstruction after mastectomy: does it decrease depression at the long-term? *Gland Surgery* [Internet]. Ago 2016 [citado 1 jun 2022];5(4):377-84. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/gs.2016.05.02>

Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study. *PLOS ONE* [Internet]. 10 abr 2017 [citado 1 jun 2022];12(4):e0175395. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175395>

Wittmann V, Látos M, Horváth Z, Simonka Z, Paszt A, Lázár G, Csabai M. What contributes to long-term quality of life in breast cancer patients who are undergoing surgery? Results of a multidimensional study. *Quality of Life Research* [Internet]. 29 mar 2017 [citado 1 jun 2022];26(8):2189-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1563-z>

Fanakidou I, Zyga S, Alikari V, Tsironi M, Stathoulis J, Theofilou P. Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research* [Internet]. 8 nov 2017 [citado 1 jun 2022];27(2):539-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1735-x>

Boing L, Pereira GS, Araújo CD, Sperandio FF, Loch MD, Bergmann A, Borgatto AF, Guimarães AC. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 28 mar 2019 [citado 1 jun 2022];53:30. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000786>

Figura 1. Fluxograma de seleção de estudos para a revisão integrativa

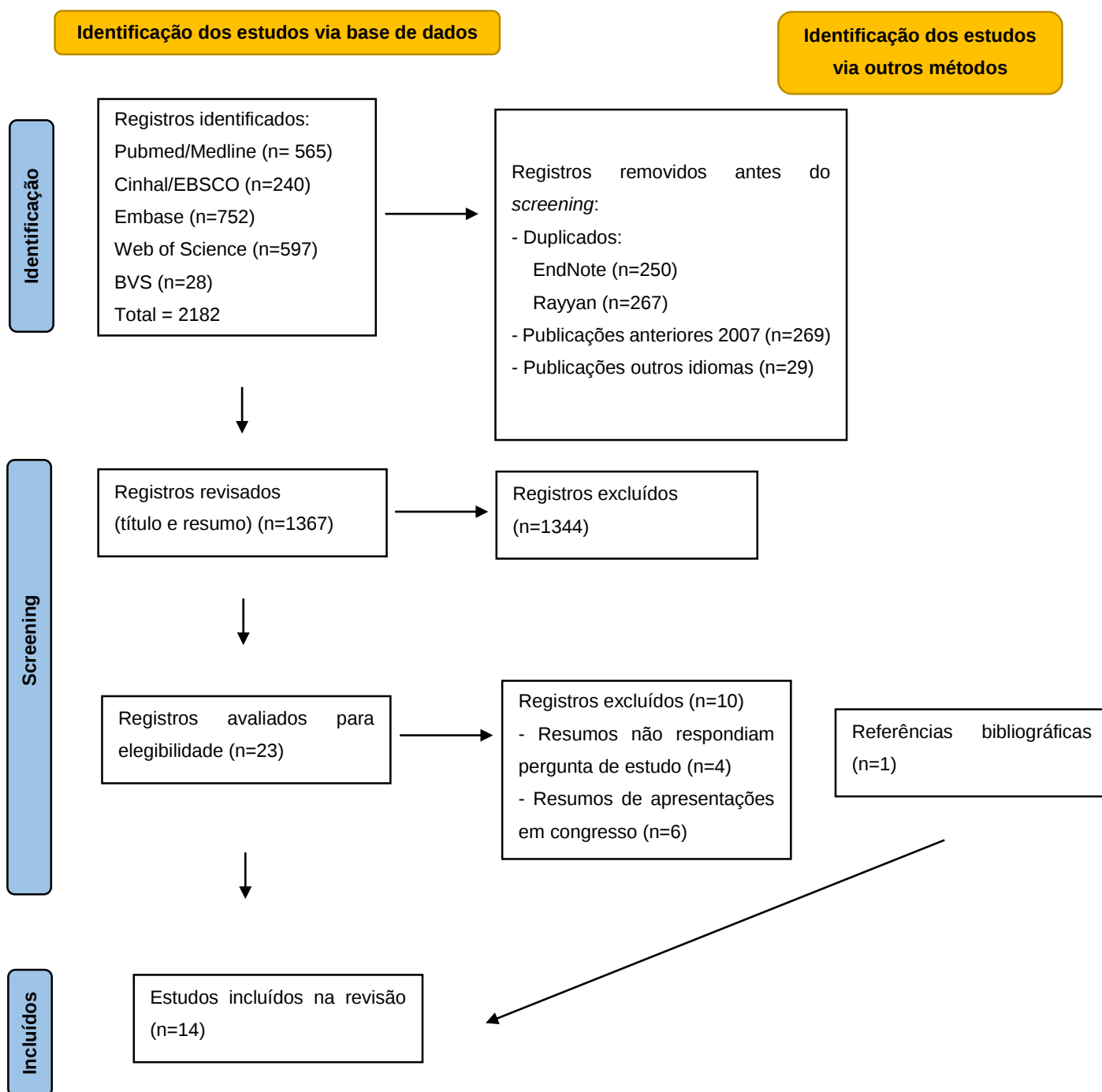


Tabela 1 - Estratégia de pesquisa

Bases de dados	Estratégias	Hits
MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine)	("depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression s"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields] OR ("depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression s"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields]) OR "Depressive Symptoms"[All Fields] OR "Depressive Symptom"[All Fields] OR "symptom depressive"[All Fields] OR "symptoms depressive"[All Fields] OR "Emotional Depression"[All Fields] OR "depression emotional"[All Fields] OR ("depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression s"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields]) AND ("emoting"[All Fields] OR "emotion s"[All Fields] OR "emotions"[MeSH Terms] OR "emotions"[All Fields] OR "emotion"[All Fields] OR "emotional"[All Fields] OR "emotive"[All Fields])) OR ("emoting"[All Fields] OR "emotion s"[All Fields] OR "emotions"[MeSH Terms] OR "emotions"[All Fields] OR "emotion"[All Fields] OR "emotional"[All Fields] OR "emotive"[All Fields]) AND ("depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression s"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields])) OR "Anxiety Disorders"[All Fields] OR ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety"[All Fields] OR "anxieties"[All Fields] OR "anxiety s"[All Fields]) OR "Anxiety Disorder"[All Fields] OR "disorder anxiety"[All Fields] OR "disorders anxiety"[All Fields] OR "neuroses anxiety"[All Fields] OR "Anxiety Neuroses"[All Fields] OR "anxiety states neurotic"[All Fields] OR ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR ("anxiety"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "Anxiety Disorders"[All Fields] OR ("anxiety"[All Fields] AND "state"[All Fields] AND "neurotic"[All Fields])) OR ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR ("anxiety"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "Anxiety Disorders"[All Fields] OR ("neurotic"[All Fields] AND "anxiety"[All Fields] AND "state"[All Fields])) OR "Neurotic Anxiety States"[All Fields] OR ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR ("anxiety"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "Anxiety Disorders"[All Fields] OR ("state"[All Fields] AND "neurotic"[All Fields] AND "anxiety"[All Fields])) OR ("Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR ("anxiety"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "Anxiety Disorders"[All Fields] OR ("states"[All Fields] AND "neurotic"[All Fields] AND "anxiety"[All Fields])) AND ("mastectomy segmental"[All Fields] OR ("mastectomy"[MeSH Terms] OR "mastectomy"[All Fields] OR "mastectomies"[All Fields] OR "mastectomy, simple"[MeSH Terms] OR ("mastectomy"[All Fields] AND "simple"[All Fields]) OR "simple mastectomy"[All Fields]) OR ("mastectomy"[MeSH Terms] OR "mastectomy"[All Fields] OR "mastectomies"[All Fields] OR "mastectomy, simple"[MeSH Terms] OR ("mastectomy"[All Fields] AND "simple"[All Fields]) OR "simple mastectomy"[All Fields]) OR ("mastectomy"[MeSH Terms] OR "mastectomy"[All Fields] OR "mammectomy"[All Fields] OR ("mastectomy"[MeSH Terms] OR "mastectomy"[All Fields] OR "mammectomies"[All Fields])) AND ("womans"[All Fields] OR "women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "woman"[All Fields] OR "women s"[All Fields] OR "womens"[All Fields] OR ("girl s"[All Fields] OR "women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "girls"[All Fields]) OR ("women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "girl"[All Fields]) OR ("womans"[All	565

	Fields] OR "women"[MeSH Terms] OR "women"[All Fields] OR "woman"[All Fields] OR "women s"[All Fields] OR "womens"[All Fields]))	
EMBASE (Elsevier)	((('depression'/exp OR depression OR depressions OR 'depressive symptoms'/exp OR 'depressive symptoms' OR 'depressive symptom'/exp OR 'depressive symptom' OR 'symptom, depressive' OR 'symptoms, depressive' OR 'emotional depression' OR 'depression, emotional' OR 'depressions, emotional' OR 'emotional depressions' OR 'anxiety disorders'/exp OR 'anxiety disorders' OR 'anxiety'/exp OR anxiety OR 'anxiety disorder'/exp OR 'anxiety disorder' OR 'disorder, anxiety' OR 'disorders, anxiety' OR 'neuroses, anxiety' OR 'anxiety neuroses' OR 'anxiety states, neurotic' OR 'anxiety state, neurotic' OR 'neurotic anxiety state' OR 'neurotic anxiety states' OR 'state, neurotic anxiety' OR 'states, neurotic anxiety') AND ('mastectomy segmental'/exp OR 'mastectomy segmental' OR 'mastectomy'/exp OR mastectomy OR mastectomies OR 'mammectomy'/exp OR mammectomy OR mammectomies) AND ('women'/exp OR women OR girls OR 'girl'/exp OR girl OR 'woman'/exp OR woman)) AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	752
CINAHL (EBSCO)	(depression OR Depressions OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Symptom, Depressive" OR "Symptoms, Depressive" OR "Emotional Depression" OR "Depression, Emotional" OR "Depressions, Emotional" OR "Emotional Depressions" OR "Anxiety Disorders" OR anxiety OR "Anxiety Disorder" OR "Disorder, Anxiety" OR "Disorders, Anxiety" OR "Neuroses, Anxiety" OR "Anxiety Neuroses" OR "Anxiety States, Neurotic" OR "Anxiety State, Neurotic" OR "Neurotic Anxiety State" OR "Neurotic Anxiety States" OR "State, Neurotic Anxiety" OR "States, Neurotic Anxiety") AND ("mastectomy segmental" OR mastectomy OR Mastectomies OR Mammectomy OR Mammectomies) AND (women OR Girls OR Girl OR Woman)	240
Web of Science (Clarivate Analytics)	(depression OR Depressions OR "Depressive Symptoms" OR "Depressive Symptom" OR "Symptom, Depressive" OR "Symptoms, Depressive" OR "Emotional Depression" OR "Depression, Emotional" OR "Depressions, Emotional" OR "Emotional Depressions" OR "Anxiety Disorders" OR anxiety OR "Anxiety Disorder" OR "Disorder, Anxiety" OR "Disorders, Anxiety" OR "Neuroses, Anxiety" OR "Anxiety Neuroses" OR "Anxiety States, Neurotic" OR "Anxiety State, Neurotic" OR "Neurotic Anxiety State" OR "Neurotic Anxiety States" OR "State, Neurotic Anxiety" OR "States, Neurotic Anxiety") AND ("mastectomy segmental" OR mastectomy OR Mastectomies OR mastectomy OR mammectomie) AND (women OR Girls OR Girl OR Woman)	597
BVS/VHL Regional Portal	((depressão OR depression OR depresión OR sintomas depressivos OR ansiedade OR transtornos de ansiedade OR anxiety, disorders OR trastornos de ansiedade OR distúrbios de ansiedade OR estados de ansiedade neurótica OR neurose de ansiedade OR transtornos ansiosos OR transtornos de angústia OR anxiety OR ansiedade) AND (mastectomia segmentar OR mastectomy segmental OR mastectomía segmentaria OR cirurgia conservadora da mama OR mastectomia OR mastectomy OR mastectomía) AND (mulher OR meninas OR mulher OR women OR mujeres))	28

Tabela 2. Informações referentes à identificação da pesquisa, objetivo e pesquisadores

Artigo	Nome do periódico	País de Afiliação	Título do artigo	Objetivo do estudo
Karademas, Argyropoulou, Karvelis (2007)	Journal of Psychosocial Oncology	Grécia	Sintomas psicológicos do câncer de mama Sobreviventes: Uma comparação com controles saudáveis pareados e a associação com Estresse e enfrentamento relacionados ao câncer	Examinar a saúde psicológica de um grupo específico de sobreviventes gregos de câncer de mama e investigar a associação do estresse relacionado ao câncer e o enfrentamento da saúde psicológica
Parker et al. (2007)	Annals of Surgical Oncology	Estados Unidos da América	Ajuste psicossocial de curto e longo prazo e Qualidade de Vida em Mulheres Submetidas a Diferentes Procedimentos Cirúrgicos para câncer de mama	Examinar prospectivamente os efeitos a curto e longo prazo da mastectomia com reconstrução, mastectomia sem reconstrução e terapia de conservação de mama em aspectos de ajuste psicossocial e qualidade de vida.
Kim et al. (2008)	Journal of Pain and Symptom Management	Coreia do Sul	Fadiga e depressão em sobreviventes de câncer de mama livres de doença: prevalência, correlações e associação com qualidade de vida	Examinar a prevalência e correlações de fadiga e depressão, e sua relevância para a qualidade de vida relacionada à saúde em sobreviventes de câncer de mama livres de doença
Sackey et al. (2010)	European Journal of Surgical Oncology	Suécia	Carcinoma ductal in situ da mama. Acompanhamento de longo prazo da qualidade de vida relacionada à saúde, reações emocionais e imagem corporal.	Investigar e comparar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), imagem corporal e reações emocionais em longo prazo em população geral. Mulheres que se submeteram a mastectomia e IBR pontuaram significativamente mais no funcionamento físico e mulheres com carcinoma ductal in situ da mama (CDIS) tratadas com diferentes métodos cirúrgicos
Dunn et al. (2011)	Psicologia da Saúde	Estados Unidos da América	Identificação de trajetórias distintas de sintomas depressivos em mulheres após cirurgia de câncer de mama	Identificar distintas classes latentes em pacientes com câncer de mama com base em sintomas depressivos auto relatados desde antes da cirurgia até seis meses após a cirurgia e avaliar as diferenças nas características demográficas e clínicas e traço de ansiedade subjacente entre essas classes latentes
Kim et al. (2012)	Asia-Pacific Psychiatry	Coreia do Sul	Preditores de depressão em pacientes coreanas com câncer de mama: estudo longitudinal de 1 ano	Investigar a prevalência, persistência e incidência de depressão após cirurgia para câncer de mama
Ho et al. (2013)	European Journal of Oncology Nursing	China	Ansiedade, depressão e qualidade de vida em mulheres chinesas com câncer de mama durante e após o tratamento: uma avaliação comparativa	Comparar a saúde psicológica e a qualidade de vida (QV) de mulheres com câncer de mama e determinar a relação entre ansiedade, depressão e QV durante o tratamento e após 1 ano.
Giardini et al. (2013)	Supportive Care in Cancer	Itália	Classificação internacional de Funcionalidade, qualidade de vida relacionada à saúde e depressão no câncer de mama: deficiência	Focar na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), no humor e na vida cotidiana de mulheres após a mastectomia, com atenção especial para a Classificação internacional de Funcionalidade (CIF)

			percebida em mulheres sem doença 6 meses após a mastectomia	
Jang et al. (2013)	Wiley Online Library	Coreia do Sul	Religiosidade, depressão e qualidade de vida em pacientes coreanos com câncer de mama: um estudo longitudinal prospectivo de um ano.	Investigar a associação entre religiosidade, depressão, ansiedade e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.
Raaff et al. (2016)	Gland Surgery	País Baixos	Reconstrução mamária após mastectomia: diminui a depressão em longo prazo?	Avaliar o impacto da reconstrução de mama após mastectomia por câncer de mama no risco de depressão em longo prazo.
Kim et al. (2017)	Plos One	Coreia do Sul	Depressão em pacientes com câncer de mama submetidas a mastectomia: um estudo de coorte nacional	Comparar a incidência de depressão no pós-operatório de mulheres mastectomizadas com mulheres sem câncer de mama (controles)
Wittman et al. (2017)	Quality of Life Research	Hungria	O que contribui para a qualidade de vida a longo prazo em pacientes após cirurgia por câncer de mama? Resultados de um estudo multidimensional	Examinar os principais determinantes da qualidade de vida a longo prazo em pacientes com câncer de mama que passaram por cirurgia.
Fanakidou et al. (2018)	Quality of Life Research	Grécia	Resultados de percepção de saúde mental, solidão e doença na qualidade de vida entre pacientes jovens com câncer de mama após a mastectomia: o papel da reconstrução mamária	Explorar a relação entre saúde mental (depressão, ansiedade e estresse), solidão e percepção de doença com a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)
Boing et al. (2019)	Revista de Saúde Pública	Brasil	Fatores associados a sintomas de depressão em mulheres após câncer de mama	Analisar os fatores associados à presença de sintomas depressivos em mulheres após o câncer de mama.

Tabela 3. Informações referentes ao delineamento, sujeitos envolvidos, principais achados e conclusão dos estudos que investigaram depressão.

Artigo	Delineamento e Sujeitos envolvidos	Principais Achados	Conclusão
Karademas, Argyropoulou, Karvelis (2007)	Estudo transversal n=203 mulheres (103 sobreviventes de câncer de mama que se submeteram à mastectomia e 100 mulheres, que nunca experimentaram qualquer doença crônica ou com risco de vida - grupo controle) - Sintomas psicológicos foram avaliados pela versão de 28 itens do General Health Questionnaire (GHQ). - Para medir o estresse relacionado à doença, os participantes foram solicitados a indicar o estresse de um pequeno conjunto de quatro preocupações (1) limitações de funcionamento ou estilo de vida, (2) medo e insegurança em relação ao futuro, (3) dor e outros sintomas ou desconfortos decorrentes da condição de saúde e (4) problemas com familiares e amigos associados ao câncer. Os participantes indicaram o grau em que cada um foi estressante nos últimos 6 meses - Foi usado para identificar as estratégias de enfrentamento que os participantes utilizaram para lidar com os problemas decorrentes do câncer o Questionário Forma de Enfrentamento revisado e adaptado em pacientes gregos com câncer de mama	Tempo médio do diagnóstico = 9,03 anos Tempo médio da mastectomia = 8,23 anos Pontuação geral do GHQ-28 e as quatro subescalas: - não existiu diferenças significativas entre os dois grupos, com exceção dos sintomas depressivos que os sobreviventes relataram significativamente mais sintomas do que o grupo controle. Correlações entre sintomas, idade, tempo de mastectomia, estresse relacionado ao câncer e enfrentamento para o grupo de sobreviventes: - Idade, escolaridade, estado civil e tempo de mastectomia explicados 14-20% dos sintomas somáticos (ansiedade, disfunção social, depressão, pontuação geral do GHQ); - Estresse relacionado ao enfrentamento do câncer um adicional de 26% da variância dos sintomas somáticos, 25% da variância da ansiedade, 24% da variância de disfunção social, 29% da variância da depressão e 32% da variação geral da pontuação do GHQ. - Tempo da mastectomia, estresse relacionado ao câncer e várias estratégias de enfrentamento entraram em todas as equações, enquanto a educação e estado civil não predisseram nenhum sintoma. Relações de estresse, enfrentamento e sintomas depressivos, nos dois grupos: - Sintomas depressivos foram preditos positivamente pelo estresse e evitação comportamental, e negativamente pelo uso de suporte social; - A esQUIVA comportamental foi predita positivamente pelo estresse; - Concentrar-se no estresse positivo predito negativamente e no uso de positivamente.	As mulheres com história de câncer de mama pontuaram significativamente mais alto apenas na sintomatologia depressiva. Estresse relacionado ao câncer e certas estratégias de enfrentamento foram associadas a sintomas psicológicos, mesmo após o controle de variáveis demográficas e tempo desde mulheres com evolução positiva da doença, vários anos após o tratamento, apresentam um estado de saúde psicológica igual ao de mulheres saudáveis.

Parker et al. (2007)	Estudo coorte prospectivo n=258 mulheres mastectomizadas: 109 com reconstrução, 45 sem reconstrução, 104 terapia de conversação da mama (TCB). Avaliação no <i>baseline</i> (pré-operatório) e 1, 6 e 24 meses após cirurgia. Ajuste curto prazo (1 mês após a cirurgia) e longo prazo (6 meses a 2 anos após cirurgia) - Avaliação da depressão usado o inventario do Centro de Estudos Epidemiológicos – Depressão (CES-D) - Avaliação da ansiedade usado o inventario Ansiedade Traço-Estado (IDATE) - Avaliação do grau de satisfação geral com o corpo e a aparência física usado o Questionário de Auto Relações Corporais: Avaliação de aparência (MBSRQ) - Avaliação do funcionamento sexual usado o Questionário de Atividade Sexual - Avaliação da qualidade de vida usado o Formulário Resumido de 36 itens do Estudo de resultados médicos (SF-36) Variáveis categóricas: idade, etnia, situação profissional, estado civil, educação, data do diagnóstico, estágio da doença, tipo de cirurgia, quimioterapia e radioterapia.	Mulheres submetidas a mastectomia com reconstrução eram muito mais jovens (média=49,2) do que as mulheres que fizeram mastectomia sem reconstrução (média= 52,8) e as mulheres submetidas à TCB (média= 53,7) <i>Baseline:</i> - Depressão: A idade foi significativamente associada negativamente aos sintomas depressivos ($p = 0,00$) e as mulheres casadas relataram menos sintomas depressivos do que as mulheres solteiras ($p = 0,01$). - Ansiedade: não diferiu entre os grupos cirúrgicos ($p = 0,09$). A idade foi negativamente associada à ansiedade ($p = 0,01$). - Imagem corporal: Não houve diferenças basais nos escores de imagem corporal entre os grupos de cirurgia ($p > 0,10$). Anos de estudo foram positivamente associados com escores de imagem corporal ($p = 0,01$). - Vida sexual ativa: mulheres no grupo mastectomia com reconstrução (78,5%) do que no grupo apenas mastectomia (62,2%) e no grupo TCB (62,8%) - Qualidade de vida: escores médios para mulheres no grupo mastectomia com reconstrução foram significativamente maiores do que os escores para mulheres no grupo mastectomia sem reconstrução (média = 52,9 vs. 46,4, respectivamente) Curto Prazo - depressão: casadas relataram menos sintomas depressivos do que mulheres solteiras ($p = 0,04$) e mulheres mais velhas relata menos sintomas depressivos do que mulheres mais jovens ($p = 0,00$). - ansiedade: significativamente inferiores aos níveis basais ($p = 0,00$) - Imagem Corporal: mulheres casadas relataram pontuações de imagem corporal significativamente mais altas do que as mulheres solteiras 1 mês após a cirurgia ($p = 0,05$). - Vida Sexual Ativa: mulheres que fizeram mastectomia com reconstrução relataram menos diminuição no prazer da atividade sexual do que as mulheres que fizeram TCB ($p = 0,00$) e mastectomia sem reconstrução ($Pp = 0,01$) - Qualidade de vida: diminuição da QV para as mulheres em todos os três grupos de cirurgia ($p = 0,00$).	Os padrões gerais de ajuste psicossocial e QV são semelhantes entre os três grupos de cirurgia.
-----------------------------	---	---	--

		Longo Prazo - Depressão: significativamente mais sintomas depressivos 6 meses após a cirurgia do que com 12 ($p = 0,00$) e 24 ($p = 0,01$) meses depois. - Ansiedade: permaneceram semelhantes durante todo o período de recuperação a longo prazo para mulheres nos três grupos de cirurgia ($p > 0,10$). - Imagem Corporal: não mudaram significativamente e não foram diferentes entre os grupos de cirurgia ($p > 0,10$), a idade foi significativamente associada positivamente com a satisfação geral do corpo durante o período de recuperação a longo prazo ($p = 0,03$) - Vida Sexual Ativa: Não houve diferenças por tempo ou grupo de cirurgia durante o seguimento de 2 anos ($p > 0,10$). - Qualidade de vida: melhoraram para as mulheres em todos os três grupos de cirurgia ($p = 0,00$) e não houve diferenças entre os grupos de cirurgia ($p > 0,10$)	
Kim et al. (2008)	Estudo transversal n= 1.993 mulheres submetidas à cirurgia curativa primária para câncer de mama entre 1993 e 2002 em cinco registros de câncer de mama hospitalares na Coreia do Sul. - Para avaliação da fadiga usado o Inventário Breve de Fadiga (BFI). - Sintomas de depressão avaliados usando o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). - avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para a Investigação e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30) - avaliação da qualidade de vida específica para câncer de mama Questionário de Qualidade de Vida Módulo de Câncer de Mama (EORTC QLQ-BR23). Variáveis categóricas para avaliar a associação das características e sintomas sociodemográficos e clínicos	Tempo médio desde o diagnóstico = 4,6 anos Prevalência fadiga 66,1% depressão moderada a grave e 24,9% Fatores de risco: - Fadiga: idade mais jovem, emprego, presença de doença gastrointestinal e dor. - Depressão: doença musculoesquelética - Fadiga e depressão: menor renda, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação e sintomas no braço. Relação fadiga, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde: - Os escores foram significativamente menores para aquelas com fadiga ou deprimidas na maioria dos domínios de função; - mulheres com sintomas deprimidos apresentaram maiores reduções gerais na qualidade de vida relacionada à saúde do que mulheres com fadiga.	Examinar fatores de risco para fadiga e depressão pode ser útil no desenvolvimento de estratégias de manejo clínico em sobreviventes de câncer de mama livres de doença

	com as variáveis dependentes fadiga e depressão utilizando os testes do χ .		
Sackey et al. (2010)	Estudo transversal n=162 mulheres com 4-15 anos após a cirurgia: 47 fizeram mastectomia e reconstrução mamária imediata (IBR), 51 mastectomia com setor de ressecção isolada e 64 mastectomia de setores de ressecção e radioterapia (RT) pós-operatória. - Uso da Pesquisa de Saúde Sueca SF-36 (SF-36) para avaliar a QVRS - Uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) para avaliar sintomas de ansiedade e depressão - Uso da Escala de Imagem Corporal (BIS) para avaliar com a imagem corporal Os questionários foram enviados para as pacientes 4-15 anos após a cirurgia juntamente com uma carta informativa e um envelope de retorno pré-pago.	Das 162 mulheres incluídas, 81% responderam aos questionários. Média de idade: - 58,5 anos para as mulheres tratadas com mastectomia e IBR - 65 anos para aquelas tratadas apenas com ressecção setorial isolada - 64 anos para mulheres tratadas com ressecção setorial e RT pós-operatória Tempo médio entre a cirurgia e a conclusão dos questionários: - 7 anos no grupo mastectomia e IBR - 9,8 anos tratadas apenas com ressecção setorial e grupo RT pós-operatório - 9,9 anos no grupo ressecção do setor isolada Qualidade de vida relacionada a saúde - Os escores de capacidade funcional (PF) e dor corporal (PA) foram estatisticamente significativamente maior entre as mulheres do grupo mastectomia e IBR em comparação com os outros dois grupos - Os escore de saúde mental (SM) foi estatisticamente significativamente maior no grupo de ressecção do setor sozinho do que nos outros dois grupos - Mulheres no grupo mastectomia e IBR pontuaram estatisticamente significativamente mais alto no funcionamento físico (PF) e dor corporal (BP) do que seu grupo normativo ajustado por idade Ansiedade e depressão - Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para os escores médios nas subescalas de ansiedade ou depressão do HAD. Imagem Corporal - estatisticamente significativo diferenças entre os três grupos de estudo foram encontradas para seis dos itens (autoconsciente, menos atraente fisicamente, menos feminina, menos atraente sexualmente, insatisfeita	As mulheres tratadas para CDIS apresentam uma QVRS satisfatória a longo prazo. A adição de radioterapia à mama a cirurgia conservadora não pareceu ter qualquer impacto negativo na QVRS a longo prazo. No entanto, a imagem corporal parece ser afetada em pacientes com mastectomia e IBR

		com o corpo, insatisfeita com cicatrizes) com maior proporção de mulheres no mastectomia e problemas de relato do grupo IBR.	
Dunn et al. (2011)	Estudo coorte prospectiva n=398 mulheres com câncer de mama - Uso da Escala Status de desempenho de Karnofsky (KPS) para avaliar o estado funcional - Uso do Questionário de Comorbidade Autoadministrado (SCQ), para avaliar a comorbidade em ambientes de pesquisa clínica e de serviços de saúde - Uso do instrumento do Centro de Estudos Epidemiológicos - Depressão (CES-D) para avaliar sintomas na síndrome clínica da depressão - Uso dos Inventários de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (IDATE-T e IDATE-S) para avaliar escores de ansiedade Variáveis categóricas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, etnia, situação profissional, situação de moradia, situação financeira, estagio da doença, procedimento cirúrgico, tratamento neoadjuvante e cirurgia reconstrutiva. A modelagem da mistura de crescimento (GMM) foi usada para identificar as classes latentes com base nos escores da escala do Centro de Estudos Epidemiológicos - Depressão preenchidos antes e mensalmente por seis meses após a cirurgia.	Quatro classes latentes de pacientes com distintas trajetórias de sintomas depressivos: Resiliente (38,9%), Subsindrômico (45,2%), Retardado (11,3%) e Pico (4,5%). - Classe Subsindrômica (n=180, 45,2%): pontuação total média da CES-D antes da cirurgia que estava logo acima do ponto de corte clinicamente significativo da CES-D de 16 (média = 17,1). Essa pontuação média não se alterou significativamente ao longo do estudo. - Classe Resiliente (n=155, 38,9%): Antes da cirurgia, o escore CES-D médio deste subgrupo foi de 6,8. Seus escores médios de sintomas permaneceram estáveis ao longo do estudo. - Classe Atrasado (n=45, 11,3%): escore CES-D médio que foi elevado antes da cirurgia (média = 24,1). Essa pontuação média diminuiu abaixo do ponto de corte de 16 em aproximadamente 1-2 meses após cirurgia, seguido por um aumento geral ao longo do 5-6 meses após a cirurgia. - Classe Pico: (n=18, 4,5%), teve um escore CES-D médio (média 13,8) menor do que o escore CES-D médio do grupo Subsindrômico antes da cirurgia. No entanto, o escore médio de sintomas depressivos aumentou acentuadamente nos primeiros 3 meses após cirurgia, atingiu o pico em aproximadamente três meses e depois diminuiu para níveis pré cirúrgicos seis meses após a cirurgia. Diferenças nas características demográficas e clínicas entre as quatro classes latentes - Pacientes da classe Subsindrômica eram significativamente mais jovens do que os da classe Resiliente - Relação aos escores KPS: classe Subsindrômica tiveram escores mais baixos comparado com classe Resiliente - SCQ – relataram depressão: 16,8% da classe Resiliente (26 de 155 mulheres), 23,9% da classe Subsindrômica (43 de 180 mulheres), 35,6% da classe Retardada (16 de 45 mulheres) e 11,1% da classe Pico (2 de 18 mulheres).	Pacientes com câncer de mama vivenciam diferentes trajetórias de sintomas depressivos após cirurgia. > 60% das mulheres foram classificadas em um dos três subgrupos distintos com níveis clinicamente significativos de sintomas depressivos.

		Diferenças nas pontuações de ansiedade de traço e estado entre as quatro classes latentes - classes Subsindrômica e Retardada tiveram maiores escores médios de ansiedade traço (IDATE) antes da cirurgia em comparação com a classe Resiliente (ambas $p < 0,001$) - Baseline: classe Resiliente teve um escore médio do IDATE-S significativamente menor em comparação com as outras três classes latentes (todas $p < 0,001$) - Ao longo do tempo: não mostraram diferenças entre as quatro classes latentes na trajetória dos sintomas de ansiedade	
Kim et al. (2012)	Estudo de coorte prospectiva n= 335 mulheres avaliadas no baseline Uso da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para diagnóstico de depressão no baseline e aos 12 meses após cirurgia Variáveis explicativas investigadas: idade, nível de escolaridade, local de residência, trabalho, estado civil, religião, história pregressa de depressão, história familiar de depressão, receptor de estrogênio, receptor de progesterona, tamanho do tumor, número de linfonodos axilares com metástase, tempo desde o diagnóstico de câncer, tipo de cirurgia, reconstrução mamária, quimioterapia, estágio clínico e índice de massa corporal.	Prevalência depressão no baseline = 23,9% Persistência de depressão após 12 meses de seguimento = 33,3% Incidência de depressão após 12 meses de seguimento = 13,4% Fatores associados (regressão logística): - com depressão no baseline: história familiar de depressão - com persistência de depressão: número de linfonodos axilares com metástase - com incidência de depressão: nenhuma variável	Depressão é comum entre mulheres coreanas com câncer de mama e os fatores preditivos para depressão podem diferir de acordo com o tempo após a cirurgia.
Ho et al. (2013)	Estudo transversal n=269 mulheres em terapia adjuvante para câncer de mama e 148 mulheres com câncer de mama que completaram todos os tratamentos no ano anterior a pesquisa. Rastreamento de ansiedade e depressão usando a versão Cantonesa/Chinesa da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) 1 ano do tratamento.	Escore médio de ansiedade: - Grupo recebendo terapia adjuvante = 4,9 (DP=3,8) - Grupo com tratamento completo = 3,1 (DP=3,1) Escore médio de depressão: - Grupo recebendo terapia adjuvante = 6,0 (DP=4,0) - Grupo com tratamento completo = 3,6 (DP=3,4) Os resultados da regressão linear mostraram que tanto a ansiedade como a depressão foram significativamente relacionadas ao bem-estar físico e funcional, enquanto a depressão foi relacionada ao bem-estar	A ansiedade e depressão, tem associações independentes com prejuízo emocional, funcional, físico e bem-estar social em mulheres com câncer de mama.

	Outros questionários utilizados: Avaliação Funcional da Terapia do Câncer - General (FACT-G) para avaliar qualidade de vida	social / familiar em ambos os grupos. No caso do bem-estar emocional, a ansiedade apresentou uma forte associação significativa em ambos grupos e depressão uma relação significativa apenas no grupo de terapia em andamento.	
Giardini et al. (2013)	Estudo transversal n=65 mulheres tratadas cirurgicamente para o câncer de mama sem doença ativa e internadas para reconstrução mamária. Sintomas de depressão avaliados usando o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). Outros questionários utilizados: questionário 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) para avaliar qualidade de vida e o checklist da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF)	Prevalência de depressão leve (n=6; 9,2%) e de depressão grave (n=6; 9,2%). Quando consideradas as subescalas, 7 (10,8%) resultaram deprimidos no fator somático-afetivo e 16 (24,6%) no fator cognitivo.	A utilização sinérgica de todos esses instrumentos de avaliação pode-se perceber verdadeiramente todas as nuances relativas às condições sociais e psicológicas da vida dessas pacientes.
Jang et al. (2013)	Estudo coorte prospectiva n= 284 mulheres com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico Avaliação no baseline e 1 ano após cirurgia Depressão foi avaliada usando a Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) Para avaliar severidade da depressão foram usadas a Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Variável explicativa: afiliação religiosa e envolvimento religioso (Duke Religious Index - DRI).	Prevalência depressão no baseline= 22,5% Prevalência depressão após 1 ano seguimento = 16,5% Os grupos religiosos não diferiram significativamente em relação à prevalência de depressão ou escores em medidas psiquiátricas no baseline ou em 1 ano. Prevalência de depressão diminuiu significativamente apenas no grupo protestante, de 30,1% para 15,7%. As pontuações no DRI correlacionaram negativamente com as pontuações nas escalas de ansiedade e depressão em 1 ano após a cirurgia.	A religiosidade desempenha um papel importante no estado emocional e na qualidade de vida as mulheres coreanas com câncer de mama. No entanto, seu significado clínico pode variar de acordo com o tipo de religião, afiliação e o estágio da doença.
Raaff et al. (2016)	Estudo de coorte retrospectiva n= 139 mulheres submetidas à mastectomia curativa com (n=105) ou sem (n=34) reconstrução mamária Tempo médio de seguimento após mastectomia - Grupo sem reconstrução = 6,9 anos	Pacientes com alto risco de depressão (BDI-13$\geq$4) = 67, 48,2% 58 pontuaram 4-8 (indicando depressão leve); 05 pontuaram 12-16 (indicando depressão moderada); 04 pontuaram $\geq$17 (indicando depressão severa). Escore mediano da BDI-13 (p=0,063)	Reconstrução de mama não tem influência clara sobre os sintomas depressivos em longo prazo em mulheres com câncer de mama.

	- Grupo com reconstrução = 6,5 anos Sintomas de depressão avaliados utilizando Inventário de Depressão de Beck-13 (BDI-13). Variáveis explicativas estudadas: tipo de cirurgia, idade, tempo de seguimento, nacionalidade, estado civil, filhos, nível de escolaridade, índice de massa corporal, presença de comorbidade, uso de medicação, radioterapia, quimioterapia, terapia endócrina/hormonal e imunoterapia	Pacientes mastectomizadas sem reconstrução = 4 (variação, 0–33) Pacientes mastectomizadas com reconstrução = 2 (variação, 0–18) Variáveis associadas com sintomas de depressão na regressão multivariada (logística): Uso de terapia endócrina/hormonal (OR=2,36; IC95% 1,12-4,98; p=0,024) Viver sem companheiro (OR=2,16; IC95% 1,03-4,53; p=0,041) Nível de escolaridade baixo (OR=3,70; IC95% 1,58-8,67; p=0,003)	Morar sozinha, baixo nível educacional e terapia hormonal / endócrina adjuvante foram associados a um risco aumentado de sintomas depressivos.
Kim et al. (2017)	Estudo de coorte Grupo exposto = 2.130 mulheres com câncer de mama mastectomizadas Grupo controle = 8.520 mulheres sem câncer de mama Pareamento: idade, sexo, renda, região de residência e história de depressão no pré operatório Avaliação de história de depressão do ano da mastectomia ao ano décimo ano pós-operatório. Fonte de informação: história clínica e seguro de saúde Coreano	Incidência de depressão foi maior no grupo com câncer de mama submetidas à mastectomia comparado com o grupo controle até 3 anos após a mastectomia. Não houve diferença na incidência de depressão entre os dois grupos após 3 anos de pós-operatório em mulheres de meia-idade e mais velhas (≥ 40 anos). Em mulheres jovens (≤ 39 anos), a incidência de depressão foi significativamente maior no grupo com câncer de mama com mastectomia comparado com o grupo controle no ano de realização da mastectomia.	Mulheres submetidas a mastectomia apresentam depressão com mais frequência comparado com o que mulheres sem câncer de mama. No entanto, as pacientes mastectomizadas superam os sintomas depressivos com o passar do tempo após a cirurgia.
Wittman et al. (2017)	Estudo de coorte prospectiva n=63 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico em uma instituição Avaliação das pacientes em três momentos: 1 dia antes da cirurgia, 3 dias e 18 meses após a cirurgia. Nível de ansiedade avaliado utilizando o Inventário de Ansiedade Estado (STAI-S) e Traço (STAI-T)	Nível de depressão não mudou com o passar do tempo. Diminuição do estado de ansiedade imediatamente após a cirurgia e, em seguida, um aumento aos 18 meses. Ansiedade-traço associou-se com qualidade de vida, crescimento pós-traumático e imagem corporal. Crescimento pós-traumático e o nível de depressão foram considerados possíveis fatores que contribuem para o aumento da qualidade de vida a longo prazo.	Detecção oportuna e gestão adequada do sofrimento psicológico e do aumento do crescimento pós-traumático são de grande valor, pois eles podem ser importantes fatores que contribuem para a qualidade de vida

	Severidade dos sintomas depressivos avaliados utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI) Outras avaliações realizadas: FACT-Breast (FACT-B) para avaliar qualidade de vida; e Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) para conhecer mudanças psicológicas positivas após eventos traumáticos		a longo prazo dessas pacientes.
Fanakidou et al. (2018)	Estudo coorte prospectiva n=81 mulheres jovens (média 47,6 anos) com câncer de mama estágio II ao diagnóstico 35 com reconstrução mamária 46 sem reconstrução mamária Avaliação realizada no primeiro ano após cirurgia Avaliação de ansiedade, depressão e estresse utilizando a Escala de Estresse e Ansiedade Depressiva 21 (DASS 21) Outras avaliações: Missoula-VITAS Quality of Life Index-15 (MVQOLI-15) para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS); UCLA Loneliness scale (versão 3) para avaliar escala de solidão	Mulheres com a mama reconstruída apresentaram melhores níveis de QVRS (valor médio = $17,16 \pm 3,80$) comparadas com aquelas sem reconstrução mamária (valor médio = $13,56 \pm 2,82$). Valor de $p < 0.01$. Níveis de estresse, ansiedade e saúde mental total foram significativamente maiores em mulheres sem reconstrução mamária comparado com aquelas com reconstrução. Nível de depressão foi semelhante nos dois grupos estudados ($p > 0,05$) Percepção de solidão foi maior no grupo sem reconstrução mamária ($p < 0,01$)	A reconstrução da mama nem sempre é a solução para pacientes melhorar a QVRS.
Boing et al. (2019)	Estudo transversal n=181 mulheres ≥ 40 anos com câncer de mama tratadas cirurgicamente, estando ou não em tratamento adjuvante. Sintomas de depressão avaliados utilizando Inventário de Depressão de Beck (BDI). Variáveis explanatórias: idade, nível de escolaridade, trabalho atual, estado civil, nível socioeconômico, índice de massa corporal, comorbidades, tipo de cirurgia, reconstrução mamária, presença de linfedema, atividade física, conclusão do tratamento, avaliação da autoestima	Prevalência de sintomas de depressão (escores ≥ 11) = 49,2% (IC 95% 41,8 - 56,5) Sintomas leves: 56,3% (IC 95% 45,6 - 66,6) Sintomas moderados: 30,3% (IC95% 20,6 - 40,0) Sintomas graves: 13,5% (IC 95% 6,2 - 20,7) Análise multivariada (regressão de Poisson) ajustada por blocos de variáveis (características gerais, características da doença, autoestima e imagem corporal): Idade 40-60 anos: RP 1,56 (IC95% 1,08 - 2,25) Nível de escolaridade básico: RP 1,51 (IC95% 1,10 - 2,07) Presença de comorbidade: RP 1,38 (IC95% 1,02 - 1,88) Mastectomia radical: RP 1,63 (IC95% 1,13 - 2,36)	Idade mais jovem, baixo nível de escolaridade, presença de comorbidades, pacientes submetidas à mastectomia radical e aquelas com pior imagem corporal em algumas subescalas foram fatores associados à presença de sintomas depressivos

	(Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES) e avaliação da imagem corporal (Body Image After Breast Cancer Questionnaire - BIBCQ)	Percepção da imagem corporal após o câncer de mama: Presença de limitações: RP 1,04 (IC95% 1,01 - 1,08) Transparência: RP 1,05 (IC95% 1,02 - 1,08) Preocupações com o braço: RP 1,06 (IC95% 1,02 - 1,11)	em mulheres brasileiras após o câncer de mama.
--	--	---	--

ARTIGO 2:
Depressão e ansiedade em mulheres
submetidas à cirurgia por câncer de
mama

Depressão e ansiedade em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama

RESUMO

Introdução: O câncer de mama feminino é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A terapia mais comumente utilizada é a cirurgia, a qual pode ser a retirada total da mama ou as cirurgias conservadoras. **Objetivos:** Analisar os escores de depressão e ansiedade com no mínimo seis meses após a cirurgia por câncer de mama. **Método:** Trata-se de um estudo de prevalência, realizado com 218 mulheres no ambulatório da Mastologia da UNESP – Botucatu, empregando instrumentos autoaplicáveis sobre o perfil socioeconômico, condições clínicas relativas ao tratamento, condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais, escala de depressão de Hamilton e escala de ansiedade de Hamilton. Para análise estatística foi utilizado análise descritiva e bivariada dos dados e regressão de Cox para a análise multivariada. **Resultados:** A média de idade no momento do diagnóstico foi 54,5 anos, a maioria era casada (66,5%), tinha renda familiar menor que três salários mínimos (74,3%), 36,7% estava no estágio II da doença e 98,6% com acometimento unilateral. O tipo de cirurgia mais realizada foi a conservadora (69,3%) e 65,6% das mulheres não colocou prótese mamária após o tratamento cirúrgico. Em relação aos resultados das escalas de Hamilton: 10,6% apresentavam escores moderados e 14,2% escores graves para depressão. E 31,2% apresentavam escores severos e graves para ansiedade. Na análise multivariada observa-se que as mulheres em uso da hormonioterapia tinham menos risco de depressão. **Conclusão:** A longo prazo as mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama apresentam escores elevados de depressão e ansiedade.

Palavras chave: Mulheres. mastectomia. Câncer de mama. Depressão. Ansiedade.

Depression and anxiety in women undergoing surgery for breast cancer

ABSTRACT

Introduction: Female breast cancer is a public health problem in Brazil and worldwide. The most commonly used therapy is surgery, which can be total breast removal or breast-conserving surgery. **Objectives:** To analyze depression and anxiety scores at least six months after breast cancer surgery. **Method:** This is a prevalence study carried out with 218 women at the Mastology outpatient clinic at UNESP – Botucatu, using self-administered instruments on the socioeconomic profile, clinical conditions related to the treatment; Clinical conditions relating to personal history; Hamilton Depression Scale; Hamilton Anxiety Scale. For statistical analysis, descriptive and bivariate data analysis and Cox regression were used for multivariate analysis. **Results:** The mean age at diagnosis was 54.5 years, they were married (66.5%), were born in the state of São Paulo (84.9%) and participated in some religious practice (99.5%). self-reported skin color 93.1% white/yellow, attended elementary school (49.1%), had a family income of less than three minimum wages (74.3%), 39.9% had two children and 73, 4% were already in menopause, 36.7% were in stage II of the disease and 98.6% had unilateral involvement. The most common type of surgery was conservative (69.3%). 65.6% of women did not have a breast implant after surgical treatment. They underwent chemotherapy (79.4%), radiotherapy (90.4%) and hormone replacement (81.7%). Regarding the results of the Hamilton scales: 10.6% had moderate scores and 14.2% had severe scores for depression. And 31.2% had severe and severe scores for anxiety. In the bivariate associations, they showed that the higher their education, the lower the risk of anxiety and depression. It is observed by the Cox regression test that women using hormone therapy had a lower risk of depression. **Conclusion:** In the long term, women undergoing surgery for breast cancer have high scores for depression and anxiety.

Keywords: Women. mastectomy. Breast cancer. Depression. Anxiety.

Introdução

O câncer de mama feminino é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que em 2020 foram diagnosticados mais de 2 milhões de casos novos dessa neoplasia maligna no mundo, sendo o tipo de câncer mais frequente entre as mulheres ^{Sung et al. (2021)}. No Brasil, estima-se que a cada ano do triênio 2020-2022, 66.280 novos casos, ou seja, 61,61 casos por 100 mil mulheres ^{INCA (2020)}.

Muitas mulheres acometidas por câncer de mama se deparam com uma gama de sentimentos na revelação do diagnóstico, muitas vezes evidenciado pelo desespero, medo de morrer, desencadeamento de desequilíbrios afetivo-emocional, como depressão, ansiedade ou até mesmo psicoses, bem como funciona como evento gerador de estresse para mulheres ^{Bittencourt, Netto, Ferraz (2017)} e Feijó et al. (2016).

Pode, ainda, provocar abalo na identidade da mulher, devido ao significado culturalmente atribuído à mama, símbolo de feminilidade ^{Hirschle, Maciel, Amorim (2018)}, também relacionado ao prazer, sensualidade, sexualidade. Ademais, a mama está diretamente relacionada à maternidade, uma vez que confere à mulher, não só a capacidade de nutrir fisicamente o filho, bem como, proporcionar trocas afetivas durante o processo da amamentação ^{Lago et al. (2015)}.

A terapia mais comumente utilizada para o câncer de mama é a cirurgia, a qual pode ser a retirada total da mama (mastectomia) ou as cirurgias conservadoras da mama (quadrantectomia e lumpectomia) ^{Cavalcante et al. (2020)}.

Essa terapêutica pode acarretar mudanças fisiológicas e preocupação com a saúde a longo prazo enfrentados por elas. Muitas mulheres sentem fadiga, depressão e/ou ansiedade meses a anos após o diagnóstico sendo associada à qualidade de vida ruim ^{Lovelace, McDaniel, Golden (2019)}.

É perceptível que mulheres mastectomizadas podem sofrer modificações na maneira como percebiam seu corpo, manifestando inicialmente estranhamento, tristeza, choro, ansiedade, dor e diminuição da autoestima, refletindo, assim em uma imagem corporal negativa ^{Timm et al (2017)}.

Mulheres submetidas à cirurgia pelo câncer de mama podem apresentar depressão e ansiedade a longo prazo ^{Karademas, Argyropoulou, Karvelis (2007); Parker et al. (2007); Kim et al. (2008); Sackey et al. (2010); Dunn et al. (2011); Kim et al. (2012); Ho et al. (2013); Giardini et al. (2013); Jang et al. (2013); Raaff et al. (2016); Kim et al. (2017); Wittman et al. (2017); Fanakidou et al. (2018); Boing et al. (2019)}.

Porém, a maioria desses achados foram observados em países de alta renda. Sabe-se que mulheres com câncer de mama em países de baixa e média renda apresentam estágio clínico ao diagnóstico mais avançado e os estudos investigando esse desfecho nesses países ainda são escassos. Diante disso se faz importante conhecer a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade no nosso meio.

Sendo assim, a hipótese desse estudo é: Mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama apresentam escores elevados de depressão e ansiedade a longo prazo.

Objetivos

Analisar o perfil socioeconômico, antecedentes pessoais, condições clínicas relacionadas ao tratamento e os escores de depressão e ansiedade em mulheres com no mínimo seis meses após a cirurgia por câncer de mama.

Associar os escores de depressão e ansiedade com as características socioeconômicas, antecedentes pessoais, condições clínicas relacionadas ao tratamento em mulheres submetidas a cirurgia pelo câncer de mama.

Investigar o efeito das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com os escores de depressão e ansiedade das mulheres submetidas a cirurgia pelo câncer de mama.

Método

Trata-se de um estudo de prevalência, descritivo-exploratório de abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória objetiva explorar aspectos de uma determinada situação, sendo que a descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno específico Gil (2017).

Amostragem foi intencional e o período de coleta de dados foi de março de 2018 a março de 2019.

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de mastologia da HCFMB-Unesp por meio de aplicação dos seguintes instrumentos: Perfil socioeconômico das participantes (Apêndice I); Condições clínicas relativas ao tratamento (Apêndice II); Condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais (Apêndice

III); Escala de depressão de Hamilton (Anexo I); Escala de ansiedade de Hamilton (Anexo II);

O Ambulatório de Mastologia da UNESP do Município de Botucatu, pertencente ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Local esse, referenciado pelo Centro de Mastologia do HCFMB, pois atende diferentes mulheres que já foram submetidas ao tratamento, oferecendo todo o apoio necessário para a superação e recuperação, nos casos de pós-operatório HCFMB (2016).

As participantes foram mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), entre o período de janeiro de 2015 a março de 2018 e encaminhadas para “follow up” no ambulatório. O acompanhamento/consulta acontecia semestral ou anual dependendo da fase do pós-cirúrgico.

A pesquisadora realizou a seleção prévia das mulheres que realizaram as intervenções cirúrgicas no período estabelecido e estivessem no mínimo com 6 meses de pós-operatório. Essa seleção foi feita no próprio prontuário, por meio de listagem previstas para a consulta naquele dia. Após esse levantamento, no dia da consulta (toda quinta-feira das 13h às 17h) a pesquisadora realizava o convite na sala de espera e quando aceito pela participante, a mesma era encaminhada a uma sala reservada (sala de reunião) no próprio ambulatório. Como os instrumentos eram autoaplicáveis eram realizadas, por vezes, mais de uma respondente ao mesmo tempo.

Em média, as mulheres levaram de 20 a 30 minutos para responder todos os questionários. O prontuário eletrônico foi consultado após a aplicação dos instrumentos para responder sobre as condições clínicas relativas ao tratamento pela própria pesquisadora deste estudo.

A fim de evitar o viés metodológico e considerando a possibilidade de algumas mulheres apresentarem dificuldades de compreensão, a própria pesquisadora foi quem conduzia a coleta de dados.

Foram incluídas nesse estudo mulheres com câncer de mama, submetidas à cirurgias conservadoras ou mastectomias, com e ou sem ressecção dos linfonodos axilares, não apresentando metástases ou doença ativa, que terminaram o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, com no mínimo 6 meses de pós-operatório, sem apresentação de déficits cognitivos que

pudessem impedir o entendimento do estudo, residentes em Botucatu ou nos municípios atendidos pela UNESP que são referenciados via DRS VI.

Análise dos dados

A - Escala de depressão de Hamilton

Publicada e desenvolvida por Max Hamilton em 1960, a escala de depressão de Hamilton (HDS, *Hamilton Depression Scale*), utilizada para quantificar a gravidade da depressão, mas não para o seu diagnóstico. A escala original inglesa era composta por 21 itens, embora tenha sido aconselhado pelo autor a utilização apenas de 17 (excluindo alguma sintomatologia menos frequente como a despersonalização e as ideias obsessivas). Nesta escala heteroavaliativa estão incluídos itens que avaliam parâmetros somáticos da depressão e ansiedade (nomeadamente lentificação psicomotora, hiperatividade autonómica, sintomas gastrointestinais, sintomas somáticos gerais, sintomas uro/genitais, perda de peso) ^{Hamilton (1960)}.

Mundialmente utilizada, a escala de Depressão de Hamilton tornou-se o “padrão ouro” para avaliação da gravidade, visto que as escalas desenvolvidas posteriormente são comparadas a ela quanto à confiabilidade e à validade ^{Calil, Pires (1998)}. Essa escala possui características psicométricas favoráveis para a utilização no Brasil ^{Freire et al. (2014)}.

O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 21 itens da escala. Escores maiores do que 25 identificam depressão grave, escores de 18 a 24 representam a faixa de depressão moderada, escores de 7 a 17 indicam depressão leve, e escores menores que 7 definem remissão do quadro ou ausência de depressão ^{Hamilton (1960)}.

B - Escala de ansiedade de Hamilton

Desenvolvida por Hamilton na década de 1959, essa escala mensura componentes psíquicos e somáticos da ansiedade, sendo um instrumento de autoavaliação, desenvolvido originalmente como uma forma de medir tais componentes. Consiste em 14 itens organizados numa escala com cinco pontos (de não presente a muito grave). Por ter essa organização dos componentes psíquicos e somáticos ela pode ser subdividida em duas escalas e dois escores: ansiedade psíquica e ansiedade somática. Os aspectos somáticos são

considerados por meio de resposta a sintomas cardiovasculares, gastrintestinais, respiratórios e genitourinários Hamilton (1959).

O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala. Os graus de ansiedade segundo a escala de ansiedade de Hamilton, são: Nenhum=0; Leve=1; Médio=2; Forte=3; Máximo=4. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos a seguir: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos ansiedade leve; 18 a 24 pontos ansiedade moderada; 25 a 56 pontos ansiedade severa ou intensa Hamilton (1959).

Para a análise estatística primeiramente foi realizada uma análise descritiva dos dados. Posteriormente, realizou-se a análise bivariada, na qual foram categorizados os escores de depressão e ansiedade em:

- Escala de depressão de Hamilton escores < 18 sem sintomas, sintomas leves ou moderados e escores = ou >18 sintomas graves.
- Escala de ansiedade de Hamilton escore <25 sem sintomas, sintomas leve e moderados e = ou > 25 sintomas severos ou intensos.

Calculou-se as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo multivariado. Para a análise multivariada, usou-se a análise de riscos proporcionais de Cox.

Quando associadas isoladamente com cada desfecho. No modelo final, as associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Análises foram feitas com o *software* IBM SPSS Statistics versão 21.0.

Todos os procedimentos seguiram os princípios éticos e da Legislação em vigor, Resolução nº 466/2012, com a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, CAAE: 57668416.4.0000.5411, parecer de número: 1.739.353 em setembro de 2016 (Anexo III), subprojeto de parecer número: 2.533.612 em março de 2018 (Anexo IV), a assinatura em duas vias Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice IV) pela participante, sendo que uma via foi entregue para a participante e a outra ficou em poder da pesquisadora; as participantes tiveram todos os esclarecimentos quanto aos objetivos e métodos do estudo.

Resultados

Como estratégia para sistematizar a apresentação dos resultados e discussões, optou-se por organizar os resultados em duas partes: a primeira completa as características sociodemográficas, condições relativas aos antecedentes pessoais, clínicas e de tratamento e escores de ansiedade e depressão. E a segunda compara os escores de ansiedade e depressão com as características das mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama.

O estudo contou com 218 mulheres que responderam aos instrumentos e participaram da aplicação da escala de ansiedade e depressão de Hamilton.

Análise do perfil socioeconômico, antecedentes pessoais, condições clínicas relacionadas ao tratamento e escores de depressão e ansiedade em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama.

A média de idade das mulheres no momento do diagnóstico de câncer de mama foi 54,5 anos. No momento da coleta de dados essas mulheres tinham entre 29 a 90 anos, tinham companheiro (66,5%), nasceram no estado de São Paulo (84,9%) e participavam de alguma prática religiosa (99,5%), cor da pele autodeclarada 93,1% branca/amarela, cursaram até o ensino fundamental (49,1%) e renda familiar menor que três salários mínimos (74,3%) (Tabela 3).

Com relação aos antecedentes pessoais das participantes, a média de idade na menarca foi de 13 anos, dois filhos (39,9%) e 73,4% já se encontrava na menopausa.

Nota-se que o exercício físico não era uma prática comum entre as participantes (85,3%), bem como o tabagismo, 88,5% afirmaram não fazer uso do fumo, conforme apresentado na Tabela 4.

O diagnóstico da doença ocorreu no ano de 2016 (36,7%). Referente ao estadiamento da doença no momento do diagnóstico e encaminhada para tratamento cirúrgico, 52,3% no estágio II e acometimento unilateral 98,6%.

O tipo de cirurgia mais realizada foi a conservadora, computando 69,3% dos tratamentos. 65,6% das mulheres não colocou prótese mamária após o tratamento cirúrgico.

Quanto aos tratamentos neoadjuvantes e adjuvantes realizados pelas mulheres junto ao procedimento cirúrgico destaca-se quimioterapia (79,4%), radioterapia (90,4%) e hormonioterapia (81,7%).

Dois dos questionamentos presentes na coleta de dados estavam na relação da simetria das mamas e a satisfação com a imagem corporal dessas mulheres, no qual 78,4% enxergavam sua mama assimétrica, porém 64,2% estava satisfeita com o que via no espelho. O detalhamento das condições clínicas referente ao tratamento consta na Tabela 5.

Em relação aos resultados das escalas de Hamilton: 10,6% apresentavam escores moderados e 14,2% escores graves para depressão. E 31,2% apresentavam escores severos e/ou graves para ansiedade.

Associação dos escores de depressão e ansiedade com as características socioeconômicas, antecedentes pessoais, condições clínicas relacionadas ao-tratamento em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama

Quando associada a ansiedade severa com cada desfecho (Tabela 7) é possível identificar que quanto maior a idade da mulher, maior o risco de ansiedade severa. Mulheres na menopausa, tabagistas e com mamas assimétricas também tiveram risco aumentado de sintomas de ansiedade severa.

Nota-se que nas associações as mulheres com renda familiar >3 salários mínimos, que praticam alguma atividade física, que colocaram próteses mamárias e passaram pela radioterapia tem diminuição do risco de ansiedade severa. Bem como essa diminuição fica evidente em relação à escolaridade, quanto maior sua escolaridade, menor o risco de ansiedade severa.

Quando realizado a regressão de Cox para o risco da pontuação da ansiedade severa, não é possível identificar significância entre as características socioeconômicas, antecedentes pessoais das mulheres desse estudo (Tabela 8).

Quando associada a depressão grave com cada desfecho (Tabela 9), observa-se que quanto maior o estadiamento da doença, maior o risco de depressão grave; esse risco aumenta também para mulheres tabagistas. Assim como aconteceu na ansiedade severa, foi possível visualizar que quanto maior o grau de escolaridade menor o risco de depressão grave. O risco de depressão

grave diminuiu também quando fizeram uso de hormonioterapia e quando se olhavam no espelho e tinham uma imagem corporal satisfatória. Observa-se que as mulheres em uso da hormonioterapia tem menos risco de sintomas de depressão grave quando realizado o teste de regressão de Cox. (Tabela 10)

Discussão

Esse estudo analisou os escores de depressão e ansiedade com no mínimo seis meses após a cirurgia por câncer de mama, bem como associou as características das mulheres e investigou o efeito das características sociodemográficas, clínicas e de tratamento. Os dados analisados deste estudo mostram que mais da metade das mulheres estudadas apresentavam escores leves para depressão e ansiedade.

A maior parte das mulheres no momento do diagnóstico apresentavam estágio II da doença, ou seja, frequentemente nos estádios I e II a conduta inicial é o tratamento local, que consiste em cirurgias conservadoras ou mastectomia Sledge et al. (2014). Portanto, a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia. O tratamento complementar após a cirurgia com radioterapia pode ser indicado em alguns casos INCA (2020).

Pode-se dizer que a terapêutica sistêmica é determinada nos casos de risco de recorrência (idade, tamanho do tumor, avaliação dos linfonodos) e características tumorais, baseados principalmente nos receptores hormonais (estrogênio e progesterona) quando há indicação de hormonioterapia e fator de crescimento epidérmico 2 (HER2) para indicação de terapia biológica anti HER2 Wolff et al. (2013).

Neste estudo ficou evidenciado que a modalidade de cirurgia mais realizada entre as mulheres foram as cirurgias conservadoras. Tal técnica consiste em retirar somente parte da glândula mamária que contém o tumor e comumente não trazem prejuízo na sobrevivência da mulher. Dependendo da quantidade de tecido ou setor da mama que contém o tumor que é retirado, essas cirurgias levam nomes como tumorectomia, lumpectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou mastectomia segmentar. Cavalcante et al. (2020) citam que a cirurgia conservadora, sem remoção da pele (mastectomia segmentar), é a forma mais amplamente utilizada em todo o mundo nos dias de hoje.

Foi possível identificar que quanto maior a idade da mulher, maior o risco de ansiedade severa. Um estudo de coorte realizado nos EUA mostra a diminuição da ansiedade a longo prazo, sendo que um fator determinante é a idade da mulher ^{Parker et al. (2007)}.

Mulheres na menopausa, tabagistas e com mamas assimétricas também tiveram risco aumentado de sintomas de ansiedade severa. A saúde psicológica das mulheres com câncer de mama é afetada durante e após o tratamento. Ho et al. (2013) citam que o sofrimento psicológico inclui ansiedade e depressão, assim como possuem associações independentes com prejuízo emocional, funcional, físico e bem-estar social.

Nota-se que nas associações bivariadas as mulheres com maior renda familiar, que participam de alguma atividade física, que colocaram próteses mamárias e passaram pela radioterapia têm diminuição do risco de ansiedade. Para Sackey et al. (2010), a adição de radioterapia após cirurgia conservadora de mama não tem qualquer impacto negativo na qualidade de vida a longo prazo.

Quanto maior o tempo percorrido do tratamento cirúrgico, maior é o nível de aceitação de suas deficiências; consequentemente controlando melhor o quadro de ansiedade ^{Cieślak, Golusiński (2018)}.

Quando associada isoladamente à depressão, observa-se que quanto maior o estadiamento da doença maior o risco de depressão; esse risco aumenta também para mulheres tabagistas. Um estudo realizado no Brasil aponta que o tipo de cirurgia, linfedema, autoestima e imagem corporal foram fatores associados à presença de sintomas depressivos em mulheres brasileiras após o câncer de mama ^{Boing et al. (2019)}. A preocupação com o corpo e a melhoria da vulnerabilidade são aspectos da imagem corporal, que podem reduzir o afeto negativo após a mastectomia ^{Li et al. (2018)}.

A depressão é comumente observada em mulheres com câncer de mama, e os fatores preditivos para depressão diferem de acordo com o tempo após a cirurgia ^{Kim et al. (2012)}.

A insatisfação e desconforto com o próprio corpo após a cirurgia, juntamente com os procedimentos de tratamento, resulta em uma pior autopercepção de seu corpo e leva a sintomas de depressão, negação, isolamento, tristeza e visão pessimista do futuro ^{Kamińska et al (2015)}.

A escolaridade fica evidente na diminuição dos sintomas de ansiedade severa e sintomas de depressão grave a longo prazo: quanto maior a escolaridade, menor o risco da ansiedade e depressão. Esse achado vai ao encontro com os estudos de Huguet et al (2009) e Salas, Grisales (2010) Associado a isso, espera-se que mais anos de estudo garantam promoção à informação e que essas pessoas cuidassem mais e melhor de sua saúde.

O risco de sintomas de depressão grave diminuiu também quando fizeram uso de hormonioterapia e quando se olhavam no espelho e tinha uma imagem corporal satisfatória. O processo de aceitação da depressão impacta na reconstrução da autoestima, o que pode ocorrer por volta de até cinco anos após o diagnóstico do estado depressivo, pois são inversamente proporcionais, isto é, quanto maior o estado depressivo menor será a autoestima; porém ao aceitar o diagnóstico de depressão a autoestima aumentará Cieslak, Golusiński (2018).

Em relação à imagem corporal autorreferida pelas mulheres desse estudo, mostra que mesmo elas se vendo com as mamas assimétricas, estas estavam satisfeitas com a sua aparência. O identificado está em desacordo com Timm et al. (2017), o qual fala sobre autoaceitação e reconhecimento sem a mama, que pode ser expressada das mais diversas formas, inclusive subjetivamente, por meio do choro, tristeza, ansiedade e baixa autoestima.

Na regressão de Cox não é possível identificar significância entre as características socioeconômicas, antecedentes pessoais das mulheres com o risco de ansiedade. Observa-se apenas que mulheres em uso da hormonioterapia tem menos risco de depressão. Achado esse que não corrobora com Raaff et al. (2016), que trazem a terapia hormonal / endócrina adjuvante como associação a um risco aumentado de sintomas depressivos.

Limitações do estudo

Os resultados podem ter sido prejudicados por vários componentes do desenho do estudo. A noção de que a coleta de dados abordava questões psíquicas podem ter sido um fator de não adesão. No entanto, foi necessário esclarecer dúvidas sobre os processos que seriam adequados por razões éticas. Outra consideração importante é a população participante, que foi determinada com base na demanda de acompanhamento ambulatorial após cirurgia oncológica, fato esse que podem ter tido faltas e obtidos e com continuidade no

acompanhamento. Levando em consideração o desfecho, a amostragem foi intencional, limitando assim o poder estatístico.

Conclusão

Conclui-se que uma considerável proporção de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama apresentam escores elevados de depressão e ansiedade a longo prazo. A idade, escolaridade, renda, tabagismo estão associados de forma independente aos sintomas depressivos grave e de ansiedade severa.

As características sociodemográficas, clínicas e de tratamento não tiveram significância com os escores de ansiedade, destacando apenas a hormonioterapia como efeito de risco para a depressão.

Esse estudo pode contribuir para a melhoria da assistência de mulheres que vivenciam o tratamento do câncer de mama, principalmente a terapêutica cirúrgica. Visando a necessidade e a importância do suporte psicológico às mulheres em um longo período de tempo após a intervenção cirúrgica.

Financiamento

Esse projeto teve auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº 15/10571-0 (de março de 2016 a agosto de 2018).

Referências

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 4 fev 2021 [citado 1 jun 2022];71(3):209-49. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2020. [Acesso em 2020, out 20]. Disponível em

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.

Bittencourt JFV, Netto IF, Ferraz LM. Mulheres Mastectomizadas: estratégias para o enfrentamento da nova realidade. Vita et Sanitas [Internet]. 2017 [citado 1 jun 2022];8(1), 19-38. Disponível em: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/27/20>

Feijó AM, De Leon Linck C, Da Costa Viegas A, Pozza dos Santos B. Os caminhos de cuidado das mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Avances en Enfermería [Internet]. 26 jul 2016 [citado 1 jun 2022];34(1):58. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.37390>

Hirschle TM, Maciel SC, Amorim GK. Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. Temas em Psicologia [Internet]. 2018 [citado 1 jun 2022];26(1):457-68. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/tp2018.1-18pt>

Lago ED, Andrade NK, Nery IS, Avelino FV. Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. Ciência & Saúde [Internet]. 8 jun 2015 [citado 1 jun 2022];8(1):15. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652x.2015.1.18648>

Cavalcante FP, Millen EC, Zerwes FP, Novita GG. Progress in Local Treatment of Breast Cancer: A Narrative Review. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics [Internet]. Jun 2020 [citado 1 jun 2022];42(06):356-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712125>

Lovelace DL, McDaniel LR, Golden D. Long-Term Effects of Breast Cancer Surgery, Treatment, and Survivor Care. Journal of Midwifery & Women's Health [Internet]. 19 jul 2019 [citado 1 jun 2022];64(6):713-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13012>

Timm MS, Perlini NM, Beuter M, Prates LA, Birk NM, Piccin C. A imagem corporal na ótica de mulheres após a mastectomia / Body image in optics of women after mastectomy. *Ciência, Cuidado e Saúde* [Internet]. 10 jul 2017 [citado 1 jun 2022];16(1). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i1.30151>

Karademas EC, Karvelis S, Argyropoulou K. Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health* [Internet]. 2007 [citado 1 jun 2022];23(3):161-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/smi.1132>

Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, Wei QX, Robb GL. Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology* [Internet]. 16 jun 2007 [citado 1 jun 2022];14(11):3078-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1245/s10434-007-9413-9>

Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, Yun YH. Fatigue and Depression in Disease-Free Breast Cancer Survivors: Prevalence, Correlates, and Association with Quality of Life. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. Jun 2008 [citado 1 jun 2022];35(6):644-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.012>

Sackey H, Sandelin K, Frisell J, Wickman M, Brandberg Y. Ductal carcinoma in situ of the breast. Long-term follow-up of health-related quality of life, emotional reactions and body image. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* [Internet]. Ago 2010 [citado 1 jun 2022];36(8):756-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2010.06.016>

Dunn LB, Cooper BA, Neuhaus J, West C, Paul S, Aouizerat B, Abrams G, Edrington J, Hamolsky D, Miaskowski C. Identification of distinct depressive symptom trajectories in women following surgery for breast cancer. *Health Psychology* [Internet]. Nov 2011 [citado 1 jun 2022];30(6):683-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0024366>

Kim S, Stewart R, Kim S, Yang S, Kim J, Shin I. Preditor de depressão em câncer de mama. *Asia-Pacific Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 1 jun 2022]; 4: 250-257. Disponível em: <https://doi-org.ez87.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1758-5872.2012.00197.x>.

Ho SS, So WK, Leung DY, Lai ET, Chan CW. Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: A comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet]. Dez 2013 [citado 1 jun 2022];17(6):877-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.005>

Giardini A, Camilla P, Ines G, Veronica B, Elisabetta S, Giuseppina M. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 19 abr 2013 [citado 1 jun 2022];21(9):2453-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1794-7>

Jang JE, Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH, Shin HY, Kang HJ, Bae KY, Shin IS, Yoon JS. Religiosity, depression, and quality of life in Korean patients with breast cancer: a 1-year prospective longitudinal study. *Psycho-Oncology* [Internet]. 30 abr 2012 [citado 1 jun 2022];22(4):922-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.3083>

Raaff CA, Derks EA, Torensma B, Honig A, Vrouwenraets BC. Breast reconstruction after mastectomy: does it decrease depression at the long-term? *Gland Surgery* [Internet]. Ago 2016 [citado 1 jun 2022];5(4):377-84. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/gs.2016.05.02>

Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study. *PLOS ONE* [Internet]. 10 abr 2017 [citado 1 jun 2022];12(4):e0175395. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175395>

Wittmann V, Látos M, Horváth Z, Simonka Z, Paszt A, Lázár G, Csabai M. What contributes to long-term quality of life in breast cancer patients who are undergoing surgery? Results of a multidimensional study. *Quality of Life Research* [Internet]. 29 mar 2017 [citado 1 jun 2022];26(8):2189-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1563-z>

Fanakidou I, Zyga S, Alikari V, Tsironi M, Stathoulis J, Theofilou P. Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research* [Internet]. 8 nov 2017 [citado 1 jun 2022];27(2):539-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1735-x>

Boing L, Pereira GS, Araújo CD, Sperandio FF, Loch MD, Bergmann A, Borgatto AF, Guimarães AC. Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 28 mar 2019 [citado 1 jun 2022];53:30. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000786>

Gil, Carlos, A. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, 6ª edição. São Paulo, Atlas, 2017.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB). Centro de Mastologia do HCFMB é considerado referência na região. 2016. Acesso em abril de 2021. Disponível em: <https://www.hcfmb.unesp.br/centro-de-mastologia-do-hcfmb-e-considerado-referencia-na-regiao>

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:50-5.

Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1998;25(5):240–4.

Freire MÁ, Figueiredo VL, Gomide A, Jansen K, Silva RA, Magalhães PV, Kapczinski FP. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em

uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [Internet]. Dez 2014 [citado 1 jun 2022];63(4):281-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000036>

Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psych*,1959; 32:50-5.

Carvalho MD. *Análise de sobrevida: Teoria e aplicações em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2005. 395p.

Sledge GW, Mamounas EP, Hortobagyi GN, Burstein HJ, Goodwin PJ, Wolff AC. Past, Present, and Future Challenges in Breast Cancer Treatment. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 1 jul 2014 [citado 1 jun 2022];32(19):1979-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/jco.2014.55.4139>

Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, Allred DC, Bartlett JM, Bilous M, Fitzgibbons P, Hanna W, Jenkins RB, Mangu PB, Paik S, Perez EA, Press MF, Spears PA, Vance GH, Viale G, Hayes DF. Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Update. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine* [Internet]. 7 out 2013 [citado 1 jun 2022];138(2):241-56. Disponível em: <https://doi.org/10.5858/arpa.2013-0953-sa>

Souza NR, Santos IC, Bushatsky M, Figueiredo EG, Melo JT, Santos CS. Atuação de enfermeiros em serviços de radioterapia [Nurses' role in radiation therapy services] [Papel de enfermeras en servicios radioterapia]. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 30 abr 2017 [citado 1 jun 2022];25. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.26130>

Moo TA, Sanford R, Dang C, Morrow M. Overview of Breast Cancer Therapy. *PET Clinics* [Internet]. Jul 2018 [citado 1 jun 2022];13(3):339-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpet.2018.02.006>

Brito C, Portela MC, Vasconcellos MT. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. Abr 2014 [citado 1 jun 2022];48(2):284-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004799>

Cieślak K, Golusiński W. Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* [Internet]. Maio 2018 [citado 1 jun 2022];23(3):168-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2018.02.002>.

Huguet PR, Morais SS, Osis MJ, Pinto-Neto AM, Gurgel MS. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. Fev 2009 [citado 1 jun 2022];31(2):61-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-72032009000200003>

Salas ZC, Grisales RH. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. Jul 2010 [citado 1 jun 2022];28(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000700002>

Tabela 3 - Condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do HCFMB 2018-2019.

Variável	N	%
Idade mediana ao diagnóstico (min-max)	54,5 (26-86) anos	
Idade mediana na coleta de dados (min-max)	57,0 (29-90) anos	
Unidade federativa de nascimento		
São Paulo	185	84,9
Outros	33	15,1
Renda		
≤3	162	74,3
>3	56	25,7
Escolaridade		
Fundamental	107	49,1
Médio	69	31,7
Superior	42	19,3
Cor (autodeclarada)		
Branca/amarela	203	93,1
Negra/parda	15	6,9
Estado civil		
Sem companheiro	73	33,5
Com companheiro	145	66,5
Religião		
Não	1	0,5
Sim	217	99,5

Tabela 4 - Condições clínicas relativas aos antecedentes pessoais das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório de mastologia do HCFMB 2018-2019.

Variável	N	%
Idade na menarca mediano (min-max)		13,0 (9,0 - 18,0)
Número de filhos		
0	20	9,2
1	30	13,8
2	87	39,9
≥3	81	37,2
Menopausa		
Não	58	26,6
Sim	160	73,4
Prática de exercício físico		
Não	186	85,3
Sim	32	14,7
Tabagismo		
Não	193	88,5
Sim	25	11,5

Tabela 5 - Condições clínicas relativas ao tratamento das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.

Variável	N	%
Ano diagnóstico		
2014	16	7,3
2015	56	25,7
2016	80	36,7
2017	65	29,8
2018	1	0,5
Estadio clínico agrupado ao diagnóstico		
I	55	25,2
II	114	52,3
III	45	20,6
IV	4	1,8
Acometimento bilateral		
Não	215	98,6
Sim	3	1,4
Tipo de cirurgia		
Conservadora	151	69,3
Mastectomia com ou sem esvaziamento axilar	67	30,7
Prótese mamária		
Não	143	65,6
Sim	75	34,4
Quimioterapia		
Não	45	20,6
Sim	173	79,4
Radioterapia		
Não	21	9,6
Sim	197	90,4
Hormonioterapia		
Não	40	18,3
Sim	178	81,7

Simetria da mama

Simétrica	47	21,6
Assimétrica	171	78,4

Satisfação com a imagem corporal

Não satisfeita	78	35,8
Satisfeita	140	64,2

Tabela 6 - Escores Ansiedade das mulheres submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.

Variável	N	%
Escore Hamilton ansiedade		
<18	130	59,6
18-24	20	9,2
≥25	68	31,2
Escore Hamilton depressão		
<8	54	24,8
8-17	110	50,5
18-24	23	10,6
≥25	31	14,2

Tabela 7 - Associação dos escores de ansiedade com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.

Característica	RP	IC95%	P
Idade	1,02	1,00 - 1,04	0,064
diagnóstico			
Renda familiar per capita			0,022
≤3SM	1,00	-	
>3SM	0,44	0,22 - 0,89	
Escolaridade			0,063
Fundamental	1,00	-	
Médio	0,61	0,35 - 1,07	
Superior	0,47	0,22 - 1,01	
Cor (autodeclarada)			0,745
Branca/amarela	1,00	-	
Negra/parda	0,85	0,31 - 2,32	
Estado civil			0,843
Sem companheiro	1,00	-	
Com companheiro	1,05	0,63 - 1,75	
Número de filhos	1,01	0,85 - 1,20	0,918
Menopausa			0,098
Não	1,00	-	
Sim	1,69	0,91 - 3,16	
Prática de exercício físico			0,178
Não	1,00	-	
Sim	0,56	0,24 - 1,30	
Tabagismo			0,051
Não	1,00	-	
Sim	1,82	1,00 - 3,34	
Estadio clínico			0,835
I- II	1,00	-	

III- IV	1,06	0,60 - 1,85	
Neoplasia bilateral			0,947
Não	1,00	-	
Sim	1,07	0,15 - 7,71	
Tipo de cirurgia			0,979
Conservadora	1,00	-	
Mastectomia com ou sem esvaziamento axilar	1,01	0,60 - 1,68	
Prótese mamária			0,010
Não	1,00	-	
Sim	0,45	0,25 - 0,82	
Quimioterapia			0,237
Não	1,00	-	
Sim	0,72	0,42 - 1,24	
Radioterapia			0,072
Não	1,00	-	
Sim	0,55	0,29 - 1,05	
Hormonioterapia			0,272
Não	1,00	-	
Sim	0,73	0,42 - 1,28	
Simetria da mama			0,173
Simétrica	1,00	-	
Assimétrica	1,59	0,81 - 3,12	
Satisfação com a imagem corporal			0,239
Não satisfeita	1,00	-	
Satisfeita	0,75	0,46 - 1,21	

Tabela 8 - Regressão múltipla de Cox para o risco da pontuação da ansiedade ≥ 25 com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.

Característica	RP	IC95%	p
Idade	1,00	0,98 - 1,03	0,859
diagnóstico			
Renda familiar per capita			0,165
$\leq 3SM$	1,00	-	
$> 3SM$	0,53	0,22 - 1,29	
Escolaridade			0,952
Fundamental	1,00	-	
Médio	0,94	0,49 - 1,77	
Superior	0,86	0,33 - 2,28	
Menopausa			0,488
Não	1,00	-	
Sim	1,32	0,61 - 2,86	
Prática de exercício físico			0,776
Não	1,00	-	
Sim	0,88	0,36 - 2,16	
Tabagismo			0,162
Não	1,00	-	
Sim	1,59	0,83 - 3,06	
Tipo de cirurgia			0,642
Conservadora	1,00	-	
Mastectomia com ou sem esvaziamento axilar	0,88	0,50 - 1,52	
Prótese mamária			0,152
Não	1,00	-	
Sim	0,41	0,12 - 1,39	
Radioterapia			0,072

Não	1,00	-	
Sim	0,54	0,28 - 1,06	
Simetria da mama			0,497
Simétrica	1,00	-	
Assimétrica	0,63	0,17 - 2,36	

Tabela 9 - Associação dos escores de depressão com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.

Característica	RP	IC95%	P
Idade ao diagnóstico	1,00	0,97-1,02	0,708
Renda familiar per capita			0,561
≤3SM	1,00	-	
>3SM	0,83	0,44 - 1,57	
Escolaridade			0,203
Fundamental	1,00	-	
Médio	0,66	0,35 - 1,23	
Superior	0,54	0,24 - 1,22	
Cor (auto declarada)			0,492
Branca/amarela	1,00	-	
Negra/parda	1,38	0,55 - 3,47	
Estado civil			0,549
Sem companheiro	1,00	-	
Com companheiro	1,20	0,67 - 2,14	
Número de filhos	0,98	0,80 - 1,19	0,817
Menopausa			0,265
Não	1,00	-	
Sim	0,73	0,41 - 1,28	
Prática de exercício físico			0,680
Não	1,00	-	
Sim	1,16	0,57 - 2,38	
Tabagismo			0,109
Não	1,00	-	
Sim	1,76	0,88 - 3,49	
Estadio clínico			0,544
I- II	1,00	-	
III- IV	1,20	0,65 - 2,21	
Neoplasia bilateral			0,765
Não	1,00	-	

Sim	1,35	0,19 - 9,78	
Tipo de cirurgia			0,317
Conservadora	1,00	-	
Mastectomia com ou sem esvaziamento axilar	1,33	0,76 - 2,30	
Prótese mamária			0,869
Não	1,00	-	
Sim	0,95	0,54 - 1,68	
Quimioterapia			0,534
Não	1,00	-	
Sim	0,82	0,44 - 1,53	
Radioterapia			0,201
Não	1,00	-	
Sim	0,61	0,29 - 1,30	
Hormonioterapia			0,035
Não	1,00	-	
Sim	0,53	0,30 - 0,96	
Simetria da mama			0,232
Simétrica	1,00	-	
Assimétrica	1,58	0,75 - 3,35	
Satisfação com a imagem corporal			0,061
Não satisfeita	1,00	-	
Satisfeita	0,60	0,35 - 1,02	

Tabela 10 - Regressão múltipla de Cox para o risco da pontuação da depressão ≥ 18 com as características das mulheres participantes do estudo submetidas a tratamento cirúrgico pelo câncer de mama atendidas no ambulatório da mastologia do HCFMB 2018-2019.

Característica	RP	IC95%	P
Escolaridade			0,255
Fundamental	1,00	-	
Médio	0,68	0,36 - 1,29	
Superior	0,56	0,25 - 1,27	
Tabagismo			0,163
Não	1,00	-	
Sim	1,67	0,81 - 3,41	
Tipo de cirurgia			0,758
Conservadora	1,00	-	
Mastectomia com ou sem esvaziamento axilar	1,10	0,61 - 1,96	
Hormonioterapia			0,055
Não	1,00	-	
Sim	0,56	0,31 - 1,01	
Satisfação com a imagem corporal			0,122
Não satisfeita	1,00	-	
Satisfeita	0,65	0,37 - 1,12	

Apêndice I - Variáveis socioeconômicas

Quadro - Variáveis independentes, definição e operacionalização

	Variável	Definição	Operacionalização
A - Variáveis sócio econômicas	Faixa etária	Anos completos até a data da coleta de dados	1- 18 a 25 2- 26 a 35 3- 36 a 45 4 - 46 a 55 1- 56 a 65 2- 66 e mais
	Procedência	Região onde mora	1- Botucatu 2- Município pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS VI 3- Outros municípios
	Escolaridade	Grau de instrução	1- Analfabeta ou até o 3 ano 2- 4 ano do ensino fundamental até o 7 ano 3- Fundamental completo 4- Ensino médio completo 5- Ensino Superior
	Condição sócio econômica	Renda familiar	1- Menor que um salário mínimo 2- De um a três salários 3- De três a cinco salários 4- Mais de cinco salários
	Cor	Cor da pele declarada	1- Branca 2- Preta 3- Parda 4- Amarela, indígena
	Estado civil	Estado civil referido pela mulher	1- Solteira 2- Casada 3- Amasiada 4- Viúva 5- Divorciada
	Religião	Religião referida pela mulher	6- Católica 7- Protestante 8- Evangélica 9- Espirita 10- Outras
	Ocupação	Atividade exercida pela mulher	1- Exercendo atividade remunerada 2- Não exercendo atividade remunerada 3- Aposentada

Apêndice II – Variáveis clínicas relativas ao tratamento

Variáveis independentes – definição e operacionalização

B- Variáveis clínica relativas ao tratamento	Estadiamento (sistema TNM de classificação dos tumores malignos)	Grau de desenvolvimento do tumor	1 . TX – tumor não avaliado 2. TIS – carcinomama in situ 3. T1 – até dois cms 4. T2 – mais de 2 a 5 cm 5. T3 – mais de 5 cm 6. T4 – Extensão para a 7. pele ou parede torácica
	Tipo de tratamento	Tratamentos realizados pela mulher até o dia da entrada	1. Quadrantectomia 2. Mastectomia sem linfadenectomia axilar 3. Mastectomia com lindafenectomia axilar 4. Radioterapia 5. Quimioterapia 6. Hormonioterapia
	Prótese mamaria	Colocação de prótese uni ou bilateral	1. sim 2.não
	Satisfação da imagem	Satisfação da mulher ao se olhar no espelho	1. Satisfeita 2. Não satisfeita

Apêndice III – Variáveis clínicas relativas aos antecedentes pessoais

Variáveis clínicas – relativas ao antecedentes pessoais	Idade da Menarca	Idade em que a mulher menstruou pela primeira vez	1. inferior a 10 anos 2. acima de 10 e até 13 anos 3. acima de 13 até 16 anos
	Filhos	Número de filhos	1. sem filhos 2. um filho 3. de 2 a 3 4. de 4 a 5 5. 6 ou mais
	Idade da Menopausa	Idade em que a mulher deixou de menstruar	1. antes dos 50 anos 2. com 50 anos 3. após 50 e antes de 60 anos 4. após 60 anos
	Anticoncepção	Refere-se se faz uso e qual método utilizado	1. Pílula anticoncepcional oral 2. Pílula anticoncepcional vaginal 3. Anel vaginal 4. Injeção de hormônios a cada tres meses 5. Injeção de hormônio mensal 6. Uso de DIU 7. Uso de diafragma 8. Uso de implante hormonal 9. Uso de camisinha masculina 10. Uso de camisinha feminina 11. Uso de uma prática (conhecida como método pelo conhecimento popular) de retirar o penis da vagina na ejaculação 12. Não uso método algum 13. Menopausada
	Tabagista	Se fuma no momento da entrevista	1-sim 2-não
	Ansiedade e depressão	Diagnostico de ansiedade e depressão antes do diagnostico de CA mama	1-sim 2-não
	Atividade física	Se faz algum tipo de atividade física	1-sim 2-não

Apêndice IV– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONVIDO, a Senhora para participar do Projeto de Pesquisa intitulado **Sintomatologia de ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas e cirurgias conservadoras por câncer de mama**. O projeto em como objetivo: Analisar os sinais e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas e/ou cirurgias conservadoras por câncer de mama. Solicito o seu consentimento para consultar seu prontuário médico para coletar outras informações lá contidas, referentes a consultas feitas anteriormente pela Senhora. Os riscos de sua participação são mínimos podendo gerar sentimentos negativos pela recordação ao narrar sua experiência e as dificuldades que vivenciaram.

Seu benefício na participação desta pesquisa será participar do grupo de mulheres submetidas à mastectomia e cirurgia conservadora por câncer de mama para realização de trabalhos lúdicos e coletivos; ter atendimento coletivo e individual pelo psicólogo às mulheres que apresentarem escores leves para ansiedade e depressão segundo a escala de Hamilton; consulta com psiquiatra para avaliação e tratamento de mulheres que apresentarem escores médios e severos para ansiedade e depressão segundo a escala de Hamilton; colaborar para aprimoramento e possibilidade de mudanças na assistência de enfermagem à mulheres que foram submetidas à mastectomia e cirurgia conservadora para câncer de mama. Caso não haja necessidade em seu caso de encaminhamentos e tratamentos conforme os questionários aplicados, você poderá estar contribuindo para benefícios a futuros pacientes.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descrito:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome aluna: Tamires Corrêa de Paula

Telefone: 018-997128072

e-mail: tamypcorrea@yahoo.com.br

Anexo I - Escala de Hamilton de Depressão

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1. HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente./1.Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido/2.Sentimentos relatados espontaneamente com palavras/3.Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro/4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não-verbal do paciente.

2. SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente/1. Autorrecriminação; sente que decepcionou os outros/2. Ideias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más ações/3. A doença atual é um castigo/4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. SUICÍDIO

0. Ausente/1. Sente que a vida não vale a pena/2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte/3. Ideias ou gestos suicidas/4.Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria, marcar 4).

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono/1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora/2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades/1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite. / 2. Acorda à noite - qualquer saída da cama marcar 2 (exceto p/ urinar).

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades/1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir/ 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama.

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldades/1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades, trabalho ou passatempos/2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade) /3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo) /4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades, além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem ajuda.

8. RETARDO (lentidão de ideias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais/1. Leve retardo à entrevista/2. Retardo óbvio à entrevista/3. Entrevista difícil/4. Estupor completo.

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma/1. Inquietude/2. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc/3. Mexe-se, não consegue sentar quieto/4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios.

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0.Sem dificuldade/1. Tensão e irritabilidade subjetivas/2. Preocupação com trivialidades/3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala/4. Medos expressos sem serem inquiridos.

11.ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação;
Cardiovasculares: palpitações, cefaleia;

Respiratórios: hiperventilação, suspiros; Frequência urinária; Sudorese

0. Ausente/1. Leve/2. Moderada /3. Grave/4. Incapacitante

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum/1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensações de peso no abdomen

2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos.

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum/1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgias. Perda de energia e cansaço/2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2.

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes/1. Leves/2. Intensos

15. HIPOCONDRIA

0. Ausente/1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) / 2. Preocupação com a saúde/ 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc/ 4. Ideias delirantes hipocondríacas.

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A - Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso/1. Provável perda de peso associada à moléstia atual/2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente) /3. Não avaliada.

B - Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana/1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana/2. Mais de 1 Kg de perda por semana/3. Não avaliada.

17. CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente/1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc /2. Nega estar doente.

18. VARIAÇÃO DIURNA

A - Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à tarde. Caso NÃO haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma/1. Pior de manhã/2. Pior à tarde.

B - Quando presente, marcar a gravidade da variação. Marcar "nenhuma" caso NÃO haja variação.

0. Nenhuma/1. Leve/2. Grave

NOTA: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. DESPERSONALIZAÇÃO E PERDA DE NOÇÃO DE REALIDADE

Tais como: sensações de irrealidade, ideias niilistas

0. Ausente /1. Leve/2. Moderadas/3. Graves/4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum/1. Desconfiança/2. Ideias de referência.

3. Delírio de referência e perseguição.

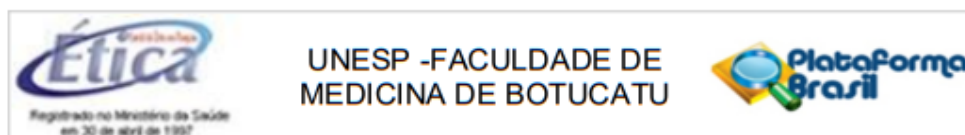
21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum/1. Leves/2. Graves.

SOMAR OS PONTOS OBTIDOS EM TODOS OS ÍTENS (EXCETO 18 A)

CONTAGEM TOTAL: (0-62)

Anexo III – Parecer Consubstancial do Comitê de Ética em Pesquisa – Projeto de Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA.

Subprojeto I: QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, que será desenvolvido por Mariana Yoshimi Himawari, sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Subprojeto II: DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, que será conduzido por Larissa Tabata Viana Santana sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Subprojeto III: ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, a ser desenvolvido por Talita Mayara Rossi Lemos sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Tese de Doutorado.

Pesquisador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 57668416.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

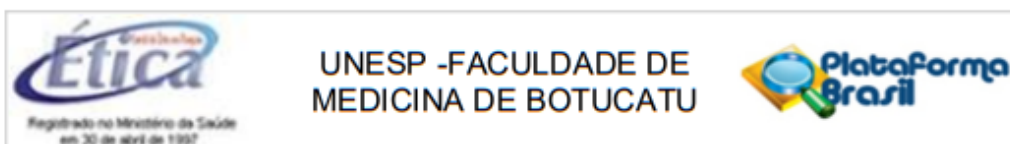
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.739.353

Apresentação do Projeto:

O Brasil em 2010 apresentou mais de 49000 novos casos de câncer de mama. Várias iniciativas internacionais mostram a atenção para a necessidade de melhorar o tratamento do câncer em países com baixa renda e renda média. O câncer de mama é a neoplasia mundialmente mais incidente entre mulheres, com cerca de 1,38 milhões de casos novos anuais. É uma doença complexa, assim como é o tratamento,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n		CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior		
UF: SP	Município: BOTUCATU	
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br	



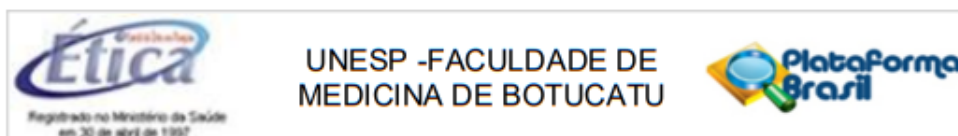
Continuação do Parecer: 1.739.353

necessitando de vários tipos de terapias, cada uma com um papel, objetivando o controle da patologia. A qualidade de vida vem se revestindo de grande importância, sobretudo no momento de planejamento do tratamento e da reabilitação da mulher. O tratamento para o câncer de mama, especialmente a cirurgia, acarreta para a mulher uma série de consequências de ordem física e emocional, dentre as quais se destacam aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais. A reabilitação da mulher submetida a uma cirurgia por câncer de mama requer, portanto, uma assistência multiprofissional. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, com objetivos gerais de: analisar a qualidade de vida, os sinais e sintomas de ansiedade e depressão, a funcionalidade do braço homolateral, amplitude de movimento dos ombros homolaterais e contralaterais de mulheres mastectomizadas e com cirurgias conservadoras por câncer de mama. Os sujeitos serão mulheres mastectomizadas e com cirurgia conservadora por câncer de mama atendidas no ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas, setor de reabilitação física e grupo de reabilitação. Para a coleta de dados serão utilizados os questionários European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "Core" 30 Items (EORTC QLQ- C30 – que avalia a qualidade de vida em pacientes com câncer), Breast Cancer Specific Module (QLQ-BR23 para avaliação da qualidade de vida), Frenchay Activities Index (FAI) para avaliação das atividades de vida diárias e instrumento de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale (HAS) para avaliação da ansiedade e depressão.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção, descritivo-exploratório, desenho quase experimental, sendo de abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória objetiva explorar aspectos de uma determinada situação, sendo que a descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno específico. O projeto será executado pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, cujos sujeitos serão 266 mulheres que foram submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, encaminhadas para "follow up" no Ambulatório de Mastologia da UNESP (Botucatu e demais cidades do DRS VI). O número da amostra de mulheres em cada subprojeto (96) será dividido em duas partes iguais, 48 mulheres mastectomizadas e 48 mulheres com cirurgias conservadoras. Os questionários aplicados em cada subprojeto, serão em dois momentos: antes

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.739.353

de reabilitação física e emocional e após a reabilitação.

O critério de inclusão adotado por este estudo será: mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia com e sem dissecação axilar, não apresentar metástases ou doença ativa, ter terminado o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, residentes em Botucatu ou nos municípios atendidos pela UNESP que são referenciados via DRS IV.

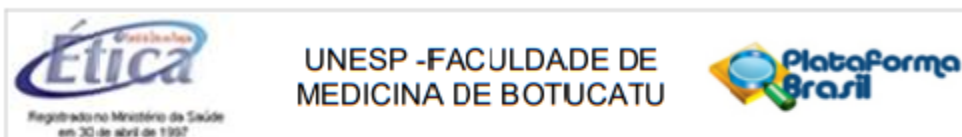
Os critérios de exclusão serão: mulheres que apresentarem déficits cognitivos que possam impedir o entendimento do estudo, qualquer limitação que impossibilite a entrevista, problemas ou históricos de alterações ortopédicas importantes anteriores a cirurgia, histórico de depressão anterior ao diagnóstico de câncer de mama, deficiência visual e todos os aspectos que não contemplem o critério de inclusão. Todas as participantes serão informadas quanto às características e objetivo do estudo e convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisas.

O projeto apresenta-se com três eixos (sub-projetos) a saber:

SUB-PROJETO 1 - QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA – Projeto de TCC desenvolvido por Mariana Yoshimi Himawari. Os objetivos são de Analisar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas e/ou com cirurgias conservadoras por câncer de mama; correlacionar às escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR23, com a escala de saúde global e qualidade de vida; correlacionar às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com a escala de saúde global e qualidade de vida; comparar os escores de qualidade de vida (EORTC QLQ C-30 e BR23) das mulheres submetidas à cirurgias conservadoras e as submetidas à mastectomia.

PROJETO 2- DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA – Projeto de TCC desenvolvido por Larissa Tábata Viana Santana. Os objetivos são de analisar a funcionalidade do braço homolateral à cirurgia e amplitude de movimento dos ombros homolaterais e contralaterais à cirurgia em mulheres mastectomizadas e com cirurgia conservadora por câncer de mama; Comparar a funcionalidade do braço homolateral à cirurgia por câncer de mama em mulheres mastectomizadas e com cirurgias conservadoras; comparar a amplitude de movimentos dos ombros homolaterais e contralaterais; correlacionar os escores das medidas da articulação glenoumeral; correlacionar as avaliações dos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução na horizontal, na elevação do braço para frente e para trás; correlacionar os escores de amplitude de movimento dos ombros homolaterais e contralaterais, funcionalidade do braço homolateral,

Endereço: Chácara Butignolli, s/n		CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior		
UF: SP	Município: BOTUCATU	
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br	



Continuação do Parecer: 1.739.353

medidas da articulação glenoumeral e avaliações dos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução na horizontal e elevação do braço para frente para trás, de mulheres mastectomizadas e com cirurgia conservadora por câncer de mama.

SUB-PROJETO 3 - ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CANCER DE MAMA - Projeto de Doutorado desenvolvido por Talita Mayara Rossi Lemos. Os objetivos são de analisar os sinais e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas por câncer de mama; Comparar os escores de sinais e sintomas de ansiedade e depressão de mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia; correlacionar às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com a escala de avaliação de ansiedade e depressão de Hamilton ; correlacionar os escores de sinais e sintomas de ansiedade e depressão segundo a escala de avaliação de depressão de Hamilton com a Qualidade de vida (EORTC QLQ C-30 e BR23)

Objetivo da Pesquisa:

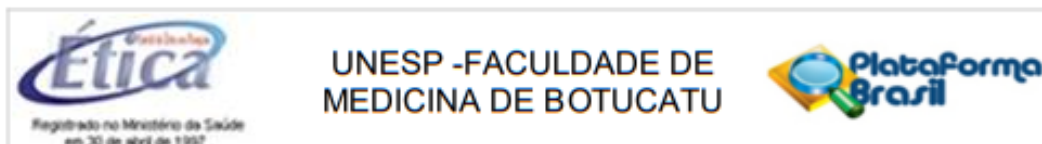
Geral:

- Analisar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas e/ou com cirurgias conservadoras por câncer de mama: os sinais e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres mastectomizadas e/ou com cirurgias conservadoras por câncer de mama; a funcionalidade do braço homolateral à cirurgia por câncer de mama e amplitude de movimento dos ombros homolaterais e contralaterais à cirurgia em mulheres mastectomizadas e/ou com cirurgias conservadoras por câncer de mama.

Secundário:

Correlacionar às escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR23, com a escala de saúde global e qualidade de vida; correlacionar às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com a escala de saúde global e qualidade de vida; comparar os escores de qualidade de vida (EORTC QLQ C-30 e BR23) das mulheres submetidas à cirurgias conservadoras e as submetidas à mastectomia. Comparar os escores de sinais e sintomas de ansiedade e depressão de mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia; correlacionar às características sociodemográficas, clínicas e de tratamento com a escala de avaliação de ansiedade e depressão de Hamilton; correlacionar os escores de sinais e sintomas de ansiedade e depressão segundo a escala de avaliação de depressão de Hamilton com a Qualidade de vida (EORTC QLQ C-30 e BR23); Comparar a funcionalidade do braço homolateral à cirurgia por câncer de

Endereço: Chácara Bufignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.739.353

mama em mulheres mastectomizadas e com cirurgias conservadoras; Comparar a amplitude de movimentos dos ombros homolaterais e contralaterais Correlacionar os escores das medidas da articulação glenoumeral; Correlacionar as avaliações dos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução na horizontal, na elevação do braço para frente e para trás. Correlacionar os escores de amplitude de movimento dos ombros homolaterais e contralaterais, funcionalidade do braço homolateral, medidas da articulação glenoumeral e avaliações dos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução na horizontal e elevação do braço para frente para trás, de mulheres que foram submetidas às cirurgias conservadoras e mastectomia por câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos - sentimentos negativos gerados pela recordação ao narrar sua experiência e as dificuldades que vivenciaram.

Benefícios:

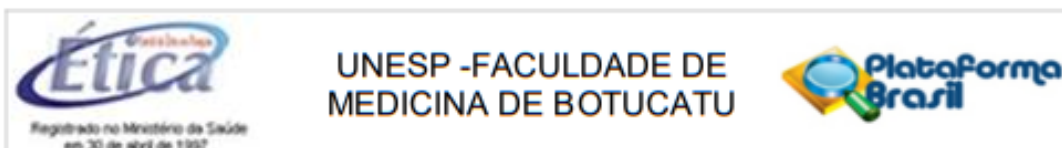
Realizar grupo de mulheres submetidas às cirurgias conservadoras e mastectomia por câncer de mama para discussão sobre qualidade de vida, ansiedade e depressão; Realizar grupos de mulheres submetidas às cirurgias conservadoras e mastectomia para a realização de trabalhos lúdicos e coletivos; Encaminhar para atendimento coletivo e individual pelo psicólogo às mulheres que apresentarem escores leves para ansiedade e depressão segundo a escala de Hamilton; Encaminhar para consulta com psiquiatra para avaliação e tratamento de mulheres que apresentarem escores médios e severos para ansiedade e depressão segundo a escala de Hamilton; Realizar um curso de capacitação para alunos do curso de graduação e pós graduação em enfermagem e enfermeiros da assistência para reflexão, aprimoramento e possibilidade de

mudanças na assistência de enfermagem à mulheres que foram submetidas a cirurgias por câncer de mama, tendo como referencia os achados nos estudos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de intervenção, descritivo-exploratório, sendo de abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória objetiva explorar aspectos de uma determinada situação, sendo que a descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população ou fenômeno específico. O projeto será executado pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, cujos sujeitos serão 266 mulheres que foram submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, encaminhadas para "follow up" no Ambulatório de Mastologia da UNESP (Botucatu e demais cidades do DRS VI). O número da amostra de mulheres

Endereço: Chácara Buñgnoli, s/n
Bairro: Rubão Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.739.353

em cada sub projeto (96) será dividido em duas partes iguais, 48 mulheres mastectomizadas e 48 mulheres com cirurgias conservadoras, que serão comparadas intra-grupos para cada sub projeto. Os questionários aplicados em cada subprojeto, serão em dois momentos: antes de reabilitação física e emocional e após a reabilitação.

O estudo será financiado pela FAPESP (Termo de Outorga anexado - Início do projeto em 01/03/2016 e término em 28/02/2018 com Financiamento de R\$ R\$ 20.149,20) e o custo relatado foi de R\$ 5.000,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados ao processo. Em relação ao TCLE é em forma de convite, linguagem clara, com duração de 30 minutos.

Recomendações:

Solicita-se que ao final da execução do Projeto em questão seja apresentado de forma separada o respectivo "Relatório Final de Atividades" do Subprojeto I, II e III.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação sem necessidade de envio a CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

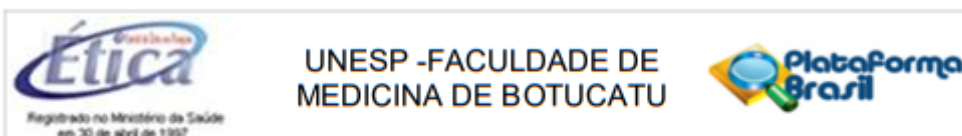
Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 22 de Setembro de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP, na seguinte conformidade:

Projeto Maior: QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, sobre coordenação da Profª Drª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira.

Subprojeto I: QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, que será desenvolvido por Mariana Yoshimi Himawari, sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Subprojeto II: DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, que será conduzido por Larissa Tabata Viana Santana sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Endereço: Chácara Bulgnoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.739.353

Subprojeto III: ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, a ser desenvolvido por Talita Mayara Rossi Lemos sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Tese de Doutorado

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução de cada Subprojeto sejam enviados de forma separada, o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADO APÓS DIA 22/09/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636896.pdf	05/09/2016 16:38:42		Aceito
Outros	respostapendenciadotres.jpg	05/09/2016 16:38:07	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	oficiopendenciadois.docx	23/08/2016 15:40:37	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	subprojetoemqualidadedevida.docx	23/08/2016 15:35:56	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsubprojetoitres.docx	23/08/2016 15:31:15	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsubprojetoitres.docx	23/08/2016 15:30:59	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsubprojetoitres.docx	23/08/2016 15:30:41	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	oficiopendencia.docx	05/08/2016 08:41:42	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/07/2016	Maria de Lourdes	Aceito

Endereço: Chácara Bufignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

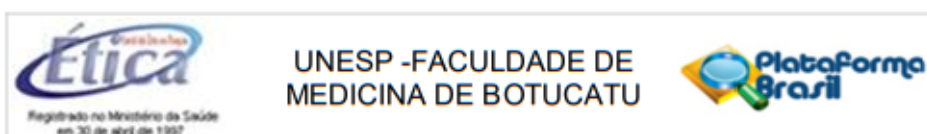
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.739.353

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16:26:40	da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	anuencia.pdf	06/07/2016 16:22:50	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	subprojetoansiedadeedepressao.docx	02/07/2016 09:57:28	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	subprojetoatividadesdavidadiaria.docx	02/07/2016 09:55:00	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.mae.docx	02/07/2016 09:53:08	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	termodeoutorga.pdf	28/06/2016 22:34:05	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

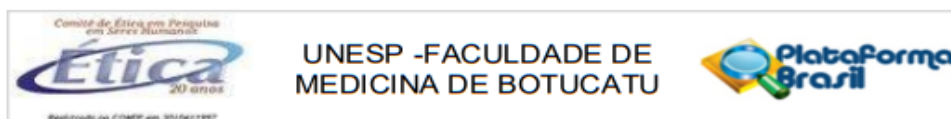
BOTUCATU, 22 de Setembro de 2016

Assinado por:

SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignelli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

Anexo III – Parecer Consubstancial do Comitê de Ética em Pesquisa – Subprojeto de Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA. Subprojeto I: QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, que será desenvolvido por Mariana Yoshimi Himawari, sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Trabalho de Conclusão de Curso. Subprojeto II: DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, que será conduzido por Larissa Tabata Viana Santana sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Trabalho de Conclusão de Curso. Subprojeto III: ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA, a ser desenvolvido por Tamires Correa de Paula sobre orientação da Profª Drª Maria de Lourdes Marques da Silva Ferreira, que será objeto de Tese de Doutorado.

Pesquisador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 57668416.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

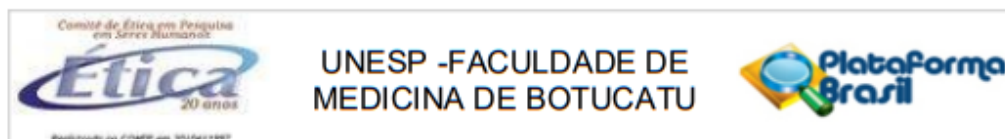
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.533.612

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora solicita emenda a ser realizado no subprojeto III – “ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA”, proposto inicialmente para ser desenvolvido por Talita Mayara Rossi Lemos, que por problemas pessoais, não prestou o processo seletivo do doutorado. Diante de tal fato solicita a substituição da mesma pela aluna Tamires Corrêa de Paula que no momento está como aluna especial e prestará o próximo processo seletivo do doutorado com o referido projeto. O projeto principal QUALIDADE DE VIDA, DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES MASTECTOMIZADAS POR CÂNCER DE MAMA foi aprovado pelo CEP, Parecer nº 1.739.353 em 22/09/2016.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.533.612

Objetivo da Pesquisa:

Relatado no Parecer nº 1.739.353 aprovado pelo CEP em 22/09/2016.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relatado no Parecer nº 1.739.353 aprovado pelo CEP em 22/09/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relatado no Parecer nº 1.739.353 aprovado pelo CEP em 22/09/2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Relatado no Parecer nº 1.739.353 aprovado pelo CEP em 22/09/2016.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos a aprovação sem necessidade de envio a CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 05 de março de 2018, o documento enviado na forma de "Emenda", encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_887138 E1.pdf	20/02/2018 08:42:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	20/02/2018 08:41:51	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Oficioemenda.docx	05/04/2017 14:08:40	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	BETO.png	28/03/2017 10:25:22	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

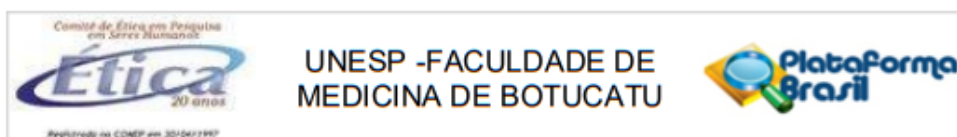
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.533.612

Outros	respostapendenciadotres.jpg	05/09/2016 16:38:07	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	subprojetoqualidadedevida.docx	23/08/2016 15:35:56	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsubprojeto01s.docx	23/08/2016 15:30:59	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEsubprojeto02m.docx	23/08/2016 15:30:41	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	oficiopendencia.docx	05/08/2016 08:41:42	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/07/2016 16:26:40	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	anuencia.pdf	06/07/2016 16:22:50	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	subprojetoatividadesdavidadiaria.docx	02/07/2016 09:55:00	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto02m.docx	02/07/2016 09:53:08	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito
Outros	termodeoutorga.pdf	28/06/2016 22:34:05	Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Março de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br