

Câncer de mama: espiritualidade, imagem corporal e morbidade psicológica em mulheres mastectomizadas

Breast cancer: spirituality, body image and psychological morbidity in mastectomized women

Carolina Martins Ilário¹, Bárbara de Souza Lima¹, Raylson Emanuel Dutra da Nóbrega², Rosana Pimentel Correia Moysés^{3*}

¹Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, UFAM; ²Cirurgião-dentista, Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães; ³Cirurgiã-dentista, Doutora em Psicologia Aplicada, Professora Associada de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, UFAM

Resumo

Introdução: o câncer de mama tem grande importância epidemiológica, com estimativa de 73.610 novos casos para o ano de 2023. O diagnóstico e tratamento impactam na espiritualidade, imagem corporal, depressão e ansiedade. **Objetivo:** investigar a relação da espiritualidade, imagem corporal e morbidade psicológica (ansiedade e depressão) em mulheres mastectomizadas que participam de atividades em ONG's ou grupos de apoio a pacientes com câncer no Brasil. **Metodologia:** estudo transversal, de abordagem quantitativa, utilizando um formulário on-line com um questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas e 3 instrumentos: Escala de Imagem Corporal, *Spiritual and Religion Attitudes in Dealing with Illness* (SPREUK) e escala de medida de ansiedade e depressão. Para caracterização da amostra foi realizada estatística descritiva e a correlação bivariada foi utilizada para averiguar a associação entre as variáveis. **Resultados:** a média de idade das participantes foi de 47 anos, e a maioria era branca (54,1%) e com ensino superior (57,1%). As mulheres com maior espiritualidade e maior faixa etária apresentaram menos morbidade psicológica e preocupações com a imagem corporal. Mulheres com menos tempo de realização da cirurgia tinham mais sintomas de morbidade psicológica (ansiedade e depressão), em especial de ansiedade e maior preocupação com a imagem corporal. **Conclusão:** o estudo contribuiu para o entendimento do impacto da mastectomia nas mulheres, demonstrando a importância da espiritualidade, como estratégia de enfrentamento, e por isso devendo ser considerada pelas equipes das ONG's e casas de apoio como mecanismo de enfrentamento, principalmente para diminuição de morbidade psicológica e melhor imagem corporal.

Palavras-chave: Mastectomia; espiritualidade; depressão; ansiedade; imagem corporal.

Abstract

Introduction: breast cancer has great epidemiological importance, with an estimated 73,610 new cases for the year 2023. Diagnosis and treatment impact spirituality, body image, depression, and anxiety. **Objective:** to investigate the relationship between spirituality, body image and psychological morbidity (anxiety and depression) in mastectomized women who participate in activities in NGOs or support groups for cancer patients in Brazil. **Methodology:** cross-sectional study with a quantitative approach, using an online form with a questionnaire on sociodemographic and clinical variables and three instruments: A scale of Body Image, *Spiritual and Religion Attitudes in Dealing with Illness* (SPREUK) and a scale measuring anxiety and depression. Descriptive statistics were performed to characterize the sample, and bivariate correlation was used to investigate the association between the variables. **Results:** the average age of the participants was 47 years old; the majority were white (54.1%) and had higher education (57.1%). Women with greater spirituality and older age groups had less psychological morbidity and concerns about body image. Women with less surgery time had more symptoms of psychological morbidity (anxiety and depression), especially anxiety and more significant concern about body image. **Conclusion:** the study contributed to the understanding of the impact of mastectomy on women, demonstrating the importance of spirituality as a coping strategy, and therefore, should be considered by NGO teams and support houses as a coping mechanism, mainly to reduce psychological morbidity and better body image.

Keywords: Mastectomy; spirituality; depression; anxiety; body image.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas estão amplamente distribuídas no mundo, causando um importante impacto na saúde pública, com uma estimativa de 19 milhões de

casos em 2020¹. Entre os tipos de neoplasias, o câncer de mama é o mais incidente mundialmente com 2,2 milhões de casos no mesmo ano. O mesmo padrão pode ser visto nas estimativas para a América do Sul: 156 mil novos casos em 2020, de um total de 1 milhão, sendo também o mais prevalente, porém o terceiro em número de mortes¹. Já no Brasil, segundo as estimativas para o triênio 2020-2022 do INCA², o câncer de mama ocupa o segundo lugar em número de novos casos, juntamente com câncer de

Correspondente/Corresponding: *Rosana Pimentel Correia Moysés – End: Faculdade de Medicina, R. Afonso Pena, 1053 – Centro, Manaus – AM, 69020-160. – Tel; (92)98473-9285 – E-mail: rosanamoyeses@ufam.edu.br

próstata, ambos com 66 mil, e é o mais prevalente entre mulheres, com 29,7% dos casos, excluindo-se o câncer de pele não melanoma.

Existem duas classificações amplas de câncer de mama: carcinoma *in situ* e invasivo. O primeiro se refere a doença neoplásica que não penetra a membrana basal e pode ser subdividido em carcinoma ductal e lobular, sendo este mais associado a progressão para carcinoma invasivo. O carcinoma invasivo corresponde a 81% dos cânceres de mama³.

Apesar de as causas do carcinoma de mama não estarem bem estabelecidas, sabe-se de fatores de risco que influenciam o seu desenvolvimento, tais como idade maior que 50 anos, mutações genéticas, histórico familiar da doença, menarca precoce, menopausa tardia, doença de mama benigna, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, uso de contraceptivos hormonais, hormonioterapia pós-menopausa, hábitos de vida (tabagismo, etilismo e dieta), obesidade e sobrepeso, diabetes, sedentarismo, exposição à radiação e condições socioeconômicas (status sociais elevados)³.

Apesar de o tratamento variar de acordo com o subtipo, estadiamento e desejo da paciente, para doença local, em geral, como tratamento é feita a ressecção do tumor e remoção dos linfonodos afetados pela doença, podendo ou não ter terapia sistêmica e/ou radioterapia pré ou pós-operatória. Graças a avanços técnicos na área de cirurgia oncológica, atualmente há dois tipos de cirurgia: quadrantectomia/lumpectomia/mastectomia parcial (conservadora – ressecção parcial) e mastectomia (radical – ressecção total)⁴. Em 2020, 7.165 pessoas foram submetidas a mastectomia oncológica no Brasil⁵.

O diagnóstico de câncer de mama, assim como de outras neoplasias, é acompanhado de importantes impactos psicológicos no paciente. Nas mulheres que passam por uma mastectomia, as mamas, uma característica vista culturalmente como parte indivisível da feminilidade, sofrem uma intervenção considerável e por isso essa identidade feminina é ameaçada, principalmente quando a cirurgia radical é realizada⁶.

Além disso, quando há necessidade de associação com tratamentos sistêmicos, ocorrem mudanças na sua aparência física decorrentes dos efeitos adversos do tipo de tratamento, que por vezes podem ocasionar perda de cabelo, de peso e mudanças na pele. Sendo assim, a literatura descreve que uma mulher com câncer de mama vai ter mudanças na imagem corporal, definida por Grogan⁷ (2016) como a percepção, pensamentos e sentimentos, positivos ou negativos, de uma pessoa sobre o próprio corpo devido às intervenções realizadas para conter a doença.

Outro aspecto a ser considerado é a saúde mental das pacientes, principalmente relativa ao desenvolvimento de distúrbios depressivos e transtornos de ansiedade. Na revisão de estudos observacionais de Maass et al.⁸(2015), apesar de estudos já terem demonstrado que a prevalência desses distúrbios é maior no primeiro ano após

diagnóstico e diminui progressivamente ao longo dos anos, os autores analisaram que as taxas de prevalência em sobreviventes (média de 3,9 anos após o diagnóstico), variaram entre 3 e 41,7% para depressão e 17,9 e 33,6% para ansiedade. Para os autores, isso demonstra que o câncer de mama causa um impacto duradouro na vida da paciente, devendo esse aspecto ser considerado na avaliação de saúde mental pelos médicos assistentes. É preciso destacar que os estudos supracitados são internacionais e não necessariamente se aplicam à realidade brasileira, principalmente porque nesses países o diagnóstico precoce é muito frequente e deste modo o impacto psicológico tende a ser menor nesses estudos. No Brasil, o diagnóstico tardio é um fato e uma variável que pode impactar nos sintomas de morbidade psicológica (ansiedade e depressão) dessas pacientes⁶.

Apesar dos desafios impostos pela vivência do adoecimento e do tratamento do câncer de mama, existem estratégias de *coping* (enfrentamento) que podem ser importantes para ajudar a amenizar seus impactos e lidar com a doença e suas consequências⁹. Uma delas é a espiritualidade, que pode ser entendida como o relacionamento de uma pessoa com questões do transcendente, que a confronta como ser humano e como ela se relaciona com essas questões. A espiritualidade abarca a religião, mas não se restringe a ela; inclui também as artes, humanismo, crenças e práticas culturais, e é, portanto, “a vida interna de uma pessoa”⁹ (tradução própria). Estudos relatam que pacientes com câncer de mama com maior espiritualidade/religiosidade apresentavam menos sintomas de ansiedade e depressão, especialmente relacionadas ao efeito da fé como estratégia de adaptação psicológica⁹.

Além disso, um aspecto interessante de estratégias de intervenção para melhora da saúde mental dessas pacientes é a possibilidade de compartilhar suas experiências em um grupo de pessoas que estão passando pela mesma dificuldade, gerando identificação entre as experiências, e possibilitando maior apoio, podendo ser um fator de redução de níveis de ansiedade e depressão¹⁰.

Pelo exposto, este estudo objetivou investigar a relação entre a espiritualidade, a imagem corporal e a morbidade psicológica (ansiedade e depressão) em mulheres mastectomizadas que participam de atividades em Organizações Não Governamentais (ONGs) ou grupos de apoio a pacientes com câncer em todas as regiões brasileiras.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. A população foi constituída por mulheres mastectomizadas que participam de atividades em ONGs ou grupos de apoio a pacientes com câncer nas cinco regiões do país.

Foi uma amostra por conveniência. Para determinação da amostra de mulheres, considerou-se o número de

casos de câncer de mama no período de 2009 a 2018 com base em dados do INCA² e a taxa de realização de mastectomia devido a câncer de mama nas regiões do Brasil¹¹.

O cálculo da população finita foi feito considerando-se o erro de 5% e nível de confiança de 95% (1,96), determinando-se então a seguinte amostra inicial por regiões das ONGs e dos grupos de apoio participantes deste estudo: Norte (144 mulheres), Nordeste (276 mulheres), Centro-Oeste (30 mulheres), Sul (73 mulheres) e Sudeste (384 mulheres).

Considerando o estudo de Cardoso *et al.*¹² (2016) que, ao analisar três grandes estudos transversais que investigaram os desafios enfrentados por mulheres com câncer de mama e suas estratégias de enfrentamento, demonstrou que 36% dessas mulheres buscavam grupos de apoio, estipulou-se o mesmo percentual como o máximo de participação de mulheres mastectomizadas em grupos de apoio nas amostras por região: Norte (51 mulheres), Nordeste (99 mulheres), Centro-Oeste (10 mulheres), Sul (26 mulheres) e Sudeste (138 mulheres).

No entanto, cabe citar que a taxa de adesão a pesquisas on-line descrita por Vasconcellos, Guedes¹³ (2007) é de 24%. Desse modo, a amostra final objetiva desta pesquisa por região foi Norte (12 mulheres), Nordeste (23 mulheres), Centro-Oeste (2 mulheres), Sul (6 mulheres) e Sudeste (33 mulheres), totalizando uma previsão de 76 mulheres participantes.

Os critérios de inclusão deste estudo foram mulheres adultas (maiores de 18 anos) que passaram por mastectomia parcial ou total, unilateral e/ou bilateral, e que participam de atividades em ONGs ou grupos de apoio presenciais ou online.

A coleta ocorreu entre agosto de 2021 e julho de 2022. As ONGs e/ou grupos de apoio foram os responsáveis pela intermediação entre os pesquisadores e as mulheres, enviando o link da pesquisa diretamente para elas ou divulgando-o em suas páginas e/ou redes sociais. As mulheres receberam um convite (enviados pela ONG/grupo de apoio) para participação na pesquisa por e-mail/telefone com o link do formulário on-line, ou tiveram acesso ao link nas páginas das redes sociais, de forma que não foi permitida a identificação das mulheres nem a visualização dos dados por terceiros. Cabe citar que ao abrir o link do formulário as mulheres assistiram a um vídeo informativo sobre a forma de responder ao formulário on-line (link para o vídeo: (<https://youtu.be/27umUSMQHGw>)). Esse vídeo continha somente informações sobre o passo a passo para acessar e marcar as respostas no formulário. Isso se justificou pela baixa literacia da população feminina em algumas localidades do Brasil. Reforça-se que a participante somente pôde responder ao formulário depois de ter dado seu consentimento. Os formulários foram identificados por números e foi gerada uma base de dados no software Excel a partir das respostas ao formulário.

As mulheres responderam a um questionário e três instrumentos:

- Questionário de dados sociodemográficos e clínicos desenvolvido para este estudo. As variáveis sociodemográficas são idade, cor/raça, estado civil, ocupação, renda familiar e escolaridade. Os três dados clínicos são tipo de mastectomia realizada, realização de reconstrução mamária/ inserção de prótese após a mastectomia e tempo passado após a cirurgia (em meses).
- Spiritual and Religion Attitudes in Dealing with Illness (SPREUK) (Versão original: Büssing *et al.*¹⁴(2005); Versão brasileira: Moysés¹⁵(2019)). O instrumento foi desenvolvido para investigação do impacto da espiritualidade na forma como pessoas com doenças crônicas lidam com a doença e originalmente possui 15 itens divididos e três subescalas. Na versão brasileira, o instrumento foi adaptado para atingir uma boa consistência interna e coerência entre os itens e, por isso, houve necessidade da retirada de um item. Dessa forma, a versão validada para o Brasil é composta de 14 itens e 2 domínios, renomeados para melhor adequação semântica. A subescala “apoio espiritual” tem 9 itens e a “reflexão e interpretação positiva da subescala da doença” tem 5 itens, e pontuações mais elevadas significam uma maior espiritualidade. Na população deste estudo, consideramos a escala global, na qual o alfa de Cronbach foi de 0,894 (o valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70. A consistência interna dos itens da escala é considerada baixa para valores abaixo desse limite).
- Escala de Imagem Corporal (BIS) (Versão original: Hopwood *et al.*¹⁶ (2001); Versão Portuguesa: Moreira *et al.*¹⁷ (2010)). Este instrumento foi desenvolvido para avaliação da imagem corporal de pacientes com câncer em três dimensões: afetiva/emocional, comportamental e cognitiva. Consiste em 10 itens, cada um com pontuação máxima de três pontos e soma geral de 0 a 30 pontos. Quanto maior o resultado, maior preocupação/*distress* (angústia, sofrimento) com a imagem corporal. Neste estudo, considerando a escala global, o alfa de Cronbach foi de 0,888.
- Escala de Medida de Ansiedade e Depressão (HADS) (Versão Original: Zigmond, Snaith¹⁸ (1983); Versão brasileira: Botega *et al.*¹⁹ (1995)). Este instrumento é composto de 14 questões do tipo múltipla escolha, com cada item podendo ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala (ansiedade e depressão). Quanto maior

o resultado, maior o número de sintomas de ansiedade e de depressão. Para análise das escalas foi utilizada a definição da validação brasileira, que fornece os seguintes pontos de corte: sem ansiedade/depressão de 0 a 8 e ≥ 9 com ansiedade/depressão. Na população deste estudo, para a escala global o alfa de Cronbach foi de 0,893; para a subescala ansiedade foi 0,872, e para a subescala depressão 0,811.

Os dados foram processados com o programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 24.0. A caracterização da amostra foi feita por estatística descritiva (média, desvio-padrão, frequências e percentagens). A Correlação Bivariada foi utilizada para averiguar a associação entre a espiritualidade e imagem corporal, morbidade psicológica (ansiedade e depressão), e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

A todas as participantes foi solicitado o termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as informações são confidenciais e seguem as determinações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde²⁰, as resoluções complementares e os direcionamentos feitos através do ofício circular 02/2021 da CONEP²¹. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, segundo o parecer N.º 5.414.435/2021.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 133 mulheres, divididas da seguinte forma por região: Norte (20 mulheres), Nordeste (42 mulheres), Centro-Oeste (2 mulheres), Sul (43 mulheres) e Sudeste (26 mulheres), sendo uma amostra maior que a prevista dentro dos parâmetros estabelecidos para este estudo.

Na análise dos dados socioeconômicos, a média de idade das participantes foi de 47,25 anos (DP \pm 10,95), variando entre 27 e 74 anos; a cor/raça predominante foi a branca, com 54,1%, seguida da parda com 39,1%; o principal estado civil foi “casada”, com 49,6%; na escolaridade, o ensino superior teve 57,1%, e o ensino médio 35,3%; 50,4% das participantes estavam empregadas e 23,2 eram aposentadas; e 42,1% tinham renda até 2 salários mínimos (SM), 23,3% tinham de 4-10 SM e 19,5% tinham renda de 2-4 SM. (Tabela 1)

Em relação aos dados clínicos, 78,9% das participantes realizaram mastectomia total e 21,1% realizaram a parcial; 75,9% retiraram uma das mamas e 24,1% fizeram mastectomia em ambas as mamas; e 57,9% realizaram reconstrução mamária após a cirurgia, e 41,1% não a realizaram.

No instrumento de espiritualidade (SPREUK), a média de pontuação foi de 49,27 (DP+ 8,71). Sendo a pontuação máxima 56, pode-se considerar que as participantes têm uma alta espiritualidade. Além disso, 91,7% praticavam alguma religião. Esse padrão se segue nos demais instrumentos: no questionário de imagem

corporal (BIS), em que a pontuação máxima é de 30 pontos, e quanto maior a pontuação, maior a preocupação com a imagem corporal, a média do score foi de 10 (DP+ 7,35), podendo-se considerar que as participantes não têm grande preocupação com a imagem corporal. No instrumento de ansiedade e depressão (HADS), a média de pontuação foi de 12,65 (DP+ 7,82), podendo-se concluir que as pacientes não apresentam sintomas de morbidade psicológica já que a pontuação máxima é de 42 pontos, e quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das participantes do estudo

Variáveis	n	%
Cor/raça		
Branca	72	54,1
Parda	52	39,1
Preta	6	4,5
Amarela	2	1,5
Indígena	1	0,8
Estado civil		
Solteira	26	19,5
Casada	66	49,6
Divorciada	14	10,5
Viúva	5	3,8
União estável	22	16,5
Escolaridade		
Fundamental	5	3,8
Fundamental 2	5	3,8
Ensino médio	47	35,3
Ensino superior	76	57,1
Ocupação		
Do lar	14	10,5
Empregada	67	50,4
Desempregada	18	13,5
Aposentada	31	23,3
Estudante	3	2,3
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	56	42,1
De 2 a 4 salários mínimos	26	19,5
De 4 a 10 salários mínimos	31	23,3
De 10 a 20 salários mínimos	16	12
Acima de 20 salários mínimos	4	3

Fonte: Dados do estudo, 2022

Foi realizada a análise de correlação das variáveis sociodemográficas, clínicas, psicológicas, e espiritualidade, de onde foi possível chegar a um entendimento melhor sobre como todas as variáveis pesquisadas se influenciam e como isso contribui para a vida das participantes, como pode ser visto na tabela 2.

Na análise de correlação, a renda familiar apresentou correlação positiva com a cirurgia realizada (uni/bil) e com a reconstrução mamária (não/sim), o que significa que mulheres com maior renda familiar realizaram cirurgia bilateral e reconstrução mamária.

A preocupação com a imagem corporal e a morbidade psicológica se associaram negativamente com o tempo de cirurgia. Isto é, mulheres com menos tempo de realização da cirurgia tinham mais sintomas de morbidade psicológica (ansiedade e depressão), maior preocupação com a imagem corporal e mais sintomas de ansiedade.

Na análise entre faixa etária e preocupação com a imagem corporal, houve uma correlação negativa, o que significa que mulheres com mais idade têm menor preocupação com a imagem corporal. A faixa etária também apresentou correlação negativa entre os sintomas de ansiedade e depressão, o que significa dizer que mulheres mais velhas tinham menor escore de ansiedade e depressão, logo menos sintomas de morbidade psicológica.

Na análise entre faixa etária e preocupação com a imagem corporal, houve uma correlação negativa, o que significa que mulheres com mais idade têm menor preocupação com a imagem corporal. A faixa etária também apresentou correlação negativa entre os sintomas de ansiedade e depressão, o que significa dizer que mulheres mais velhas tinham menor escore de ansiedade e depressão, logo menos sintomas de morbidade psicológica.

A variável imagem corporal apresentou correlação positiva com a morbidade psicológica, com a ansiedade e a depressão. Isso significa que mulheres com mais preocupação com a imagem corporal têm mais sintomas de ansiedade, depressão e morbidade psicológica.

Tabela 2 – Correlação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas de mulheres mastectomizadas participantes em grupos de apoio/ONGs no Brasil, 2022 **

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Faixa etária	1	,193	-,059	-,147	,534	-,060	-,281	-,220	-,246	-,156
2. Renda Familiar		1	,171	,194	,111	-,239	-,104	-,071	-,098	-,029
3. Tipo de Cirurgia (Uni/Bilateral)			1	,195	-,110	-,093	0,098	,108	,167	,026
4. Reconstrução Mamária (Sim/Não)				1	,018	-,011	-,133	-,048	-,026	-,063
5. Tempo de Cirurgia (Em meses)					1	-,011	-,275	-,198	-,221	-,140
6. Espiritualidade						1	-,197	-,209	-,116	-,276
7. Imagem Corporal							1	,680	,625	,627
8. Morbidade Psicológica								1	,929	,913
9. Ansiedade									1	,697
10. Depressão										1

Fonte: Dados do estudo, 2022

** Nesta tabela a análise de correlação está sendo realizada entre as mesmas variáveis, sendo as variáveis numeradas na primeira coluna referentes aos números mencionados na primeira linha da tabela.

A espiritualidade teve correlação negativa com a imagem corporal, significando que mulheres com maior espiritualidade têm menor escore no BIS, e portanto, menor preocupação com a imagem corporal.

A espiritualidade também teve correlação negativa com morbidade psicológica e depressão, significando que mulheres com maior espiritualidade têm menos sintomas de morbidade psicológica, especialmente de depressão, já que esta variável não se correlacionou com a ansiedade.

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu analisar a associação da espiritualidade, imagem corporal e morbidade psicológica (ansiedade e depressão) em mulheres mastectomizadas que participam de atividades em ONGs ou grupos de apoio a pacientes com câncer no Brasil. Os resultados demonstraram que a espiritualidade foi uma estratégia importante para a redução dos sintomas de depressão e também para menor preocupação com a imagem corporal. Além disso, as mulheres que tinham maior preocupação com a imagem corporal eram as mais jovens e tinham mais sintomas de ansiedade e depressão

(morbidade psicológica).

Em relação aos índices de morbidade psicológica, como mencionado, a espiritualidade foi de grande importância para menores níveis de depressão. Isso já foi demonstrado em diversos estudos como o de Puchalski⁹(2012), que analisou o impacto da espiritualidade na trajetória de pacientes oncológicos, denotando que níveis maiores de espiritualidade proporcionam maior conforto psicológico a esses pacientes. Isso possibilita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao diagnóstico e tratamento de câncer, permitindo uma maior qualidade de vida, menores taxas de depressão e outros transtornos, diminuição da desesperança, e inclusive melhores resultados clínicos e satisfação com o tratamento^{9,22}. A espiritualidade deve ser considerada como importante fator de apoio, pois o diagnóstico e tratamento podem levar a uma crise existencial e questionamentos sobre os próprios valores, levando a uma reconsideração sobre o significado da própria vida.²²

O estudo de Tiggeman, Hage²³ (2019) sobre a relação entre imagem corporal e espiritualidade descreveu que maiores níveis de espiritualidade estão mais relacionados a uma auto-imagem mais positiva, principalmente em relação a práticas de gratidão e menor auto-objetifica-

ção, que consiste na “internalização do *olhar externo sobre o próprio corpo*”²⁴. Esses fatores contribuíram consideravelmente para uma melhora da imagem corporal em pacientes com ou sem religião²³. Outro fator interessante é a possibilidade de lidar com a ansiedade e insatisfação com o próprio corpo a partir de práticas espirituais, que permitem reestabelecer a calma e lidar com as mudanças corporais²⁵. Além disso, a capacidade de auto-compaixão é uma importante estratégia para lidar com os desconfortos de mudanças corporais que o tratamento proporciona²⁶.

Os resultados deste estudo reiteram os achados da literatura que comprovam que mulheres mastectomizadas têm maior preocupação com a imagem corporal, com percepção de menor atratividade na aparência e tudo isso impacta a saúde mental, sendo um fator importante para o desenvolvimento de depressão nessas pacientes e também podendo ocasionar uma piora da qualidade de vida²⁶⁻²⁹.

Os resultados corroboram a literatura que descreve que em culturas latino-americanas, como no Brasil, a espiritualidade é um importante instrumento de enfrentamento para lidar com o adoecimento e sofrimento, uma vez que proporciona a capacidade adaptativa de desenvolver resiliência, esperança apesar das adversidades e fé. Estudos demonstram que a espiritualidade pode ser uma oportunidade de ressignificar o adoecimento crônico como o do câncer e também de desenvolvimento de autoconhecimento, sendo uma importante estratégia de redução da morbidade psicológica e melhora da qualidade de vida em pacientes com câncer no diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença^{30,31}.

Na metanálise de Xing et al.²²(2018), intervenções para aumentar o bem-estar espiritual foram especialmente efetivas em pacientes com câncer de mama, em comparação com outras neoplasias. Por isso, destaca-se a importância dos serviços e profissionais de saúde em darem maior atenção a esse aspecto da vida do paciente, devendo ser considerados métodos para diagnósticos da situação de espiritualidade e intervenções nessa área.

Em relação às características sociodemográficas das participantes deste estudo, os resultados corroboram os achados da pesquisa de Mairink et al.³² (2021), que ao analisar o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de mama, também identificou que eram mulheres acima de 50 anos, majoritariamente brancas, com ensino superior completo e com renda familiar até 2 salários mínimos. Estudos denotam que esse perfil propicia o maior acesso precoce a informação e exames de rastreamento, além do fato de que ao perceberem a alteração das mamas elas têm maior facilidade de busca por cuidado³³.

Os dados clínicos deste estudo acerca do tipo de cirurgia e a presença, ou não, de reconstrução mamária, diferem do estudo de Almeida et al.³⁴ (2021), que avaliou o cenário de cirurgias de câncer de mama no Brasil entre 2015 e 2020. Nesse período foram realizadas 204.589 cirurgias oncológicas de mama, sendo 57% cirurgias

parciais e 43% totais. Além disso, apenas 20,52% das mulheres realizaram reconstrução mamária com implantes após mastectomia. A partir dessas informações não é possível inferir a razão para tal diferença, já que os dados de estadiamento e tipo histológico, determinantes para decisão da terapêutica e técnica cirúrgica, não foram incluídos no presente estudo.

No presente estudo houve uma associação positiva entre a renda familiar, o tipo de cirurgia realizada (unilateral e/ou bilateral) e a realização de reconstrução mamária, confirmando o que foi estudado por Saldanha et al.³⁵ (2022), que realizaram uma revisão sistemática para analisar as taxas de reconstrução mamária e quais os fatores que influenciavam para a realização desse procedimento. Nele, concluíram que fatores como renda alta e cor/raça branca são fatores associados à maiores taxas de reconstrução mamária, o que é compatível com o perfil das participantes deste estudo.

É importante denotar, porém, que apesar de o Sistema Único de Saúde ser universal e preconizar a equidade, o acesso de pessoas pobres e não brancas a uma assistência precoce e de qualidade é dificultado, tanto pelas condições sociais em que se encontram, quanto pela incapacidade do sistema de identificar as vulnerabilidades da população assistida³⁵. Razões para isso são o sucateamento do sistema, que se torna ineficaz para responder ao tamanho da demanda, e a própria dinâmica de discriminação e racismo na relação profissional de saúde-paciente³⁵. Além disso, o papel da saúde suplementar em oferecer saúde onde o sistema público falha, permite o acesso a tratamento majoritariamente de pessoas com maior renda e escolaridade – e consequentemente brancas – permitindo que as mesmas tenham diagnóstico e tratamento precoce da sua enfermidade³⁵. Isso se traduz como uma maior lacuna de tempo entre diagnóstico e início de tratamento, maior taxa de mortalidade de câncer de mama em mulheres negras, que são a maioria no SUS, e uma maior sobrevida de mulheres brancas, que acessam majoritariamente o sistema de saúde privado^{27, 28}. Por isso, é necessário não apenas encarar a questão do câncer de mama como patologia, mas também entender como diferentes segmentos populacionais são afetados, sendo importante inclusive que os grupos de apoio à essas mulheres também tenham esse recorte em mente, oferecendo um melhor acolhimento às necessidades das que procuram ajuda.³⁶

Um fator importante para maiores sintomas de ansiedade e preocupação com a imagem corporal foi o menor tempo de realização da cirurgia. A pesquisa de Favez, Cairo Notari³⁷(2021) também descreveu que as participantes da pesquisa tiveram maiores níveis de percepção corporal negativa nos primeiros meses após cirurgia, assim como os níveis de ansiedade, que diminuíram ao longo do tempo, fato justificado pelas autoras pelo medo do prognóstico presente no início do tratamento. Isso, porém, é questionado por Davis et al.²⁶(2020), que expõem que o dano à imagem corporal

pode ser duradouro, especialmente em mulheres que realizaram mastectomia total.

No que concerne à correlação negativa da faixa etária, preocupação com imagem corporal e sintomas de ansiedade e depressão, é possível relacioná-la aos achados do estudo de Louro³⁸ (2019) que também analisou essas variáveis e que justifica esses resultados pelo fato de mulheres mais velhas terem melhor percepção do futuro e melhor funcionamento psicológico. Além disso, o fato de mulheres mais jovens darem maior importância a aparência dá a elas uma percepção da imagem corporal mais negativa após a mastectomia. Já Davis *et al.*²⁶ (2020) denotam que, em mulheres mais velhas, fatores como tempo pós-menopausa também influenciam na auto-percepção, já que muitas vezes essas mulheres já passaram por um período de mudanças corporais causadas pela menopausa, fato que pode levar a uma facilidade em compreender as mudanças causadas pelo tratamento.

CONCLUSÃO

Apesar de limitações de amostra e a falta de variáveis de estadiamento, o presente estudo contribuiu para o entendimento da relação entre a espiritualidade, morbidade psicológica e percepção da imagem corporal em mulheres mastectomizadas participantes de atividades de grupos de apoio/ONGs em nosso país. Evidenciou-se que a espiritualidade tem um papel importante na redução de sintomas de ansiedade e depressão e na melhor percepção da imagem corporal, sendo então a espiritualidade um mecanismo de enfrentamento do adoecimento crônico por câncer de mama. Isso confirma a pertinência da preconização de abordagens multidisciplinares nas atividades propostas pelos grupos de apoio/ONGs focadas nas necessidades dessas mulheres, considerando todas as dimensões humanas (racional, emocional e espiritual).

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, *et al.* Cancer statistics for the year 2020: an overview. *Int J Cancer*. 2021;149(4):778-89.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Estimativa 2023: incidência de Câncer no Brasil. 2023. 162p.
3. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020. American Cancer Society, Inc. 2019. 44p.
4. Waks AG, Winer EP. Breast Cancer Treatment. *JAMA* 2019 Jan;321(3):288.
5. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS [Internet]. 2020 [citado em 2021 abr 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>
6. Menezes de NNT, Schulz VL, Peres RS. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud Psicol*. 2012.Aug;17(2):233-40.

7. Grogan S. *Body Image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*. 3rd ed. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group. 2016. 266p.
8. Maass SWMC, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PFM, de Bock GH. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*. 2015;82(1):100-8.
9. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol*. 2012; 23(3):iii49–55.
10. Montazeri A, Jarvandi S, Haghghat S, Vahdani M, Sajadian A, Ebrahimi M, *et al.* Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education and Counseling*. 2001 Dec.;45(3):195-8.
11. Moraes, MDR. Tendência temporal da realização de mastectomia e de reconstrução de mamas no Brasil [Trabalho de Conclusão de Curso]. Repositório Anima Educação; 2020. 22p.
12. Cardoso F, Harbeck N, Mertz S, Fenech D. Evolving psychosocial, emotional, functional, and support needs of women with advanced breast cancer: Results from the Count Us, Know Us, Join Us and Here & Now surveys. *Breast*. 2016; 28:5-12.
13. Vasconcellos-Guedes L, Guedes LFA. E-surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. In: *Anais do X SemeAd-Seminário em Administração FEA/USP*. 2007 Aug 09-10. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
14. Büssing A, Matthiessen PF, Ostermann T. Engagement of patients in religious and spiritual practices: Confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality-of-life research. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3(1):53.
15. Moysés, RPC. Qualidade de vida e impacto de uma intervenção informativa em mulheres amazônicas em tratamento do cancro do colo de útero: um estudo com pacientes e seus cuidadores [Doctoral Thesis]. Portugal: Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga; 2020. p.175.
16. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer*. 2001 Jan;37(2):189-97.
17. Moreira H, Silva S, Marques A, Canavarró MC. The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Apr; 14(2):111-8.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
19. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*. 1995 Oct ;29(5):359–63.
20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466/2012. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2012.12p.
21. Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/ Fiocruz). Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais. 2020.14p.
22. Xing L, Guo X, Bai L, Qian J, Chen J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer? *Medicine*. 2018;97(35): e11948.
23. Tiggemann M, Hage K. Religion and spirituality: Pathways to positive body image. *Body Image*. 2019; 28:135-41.

24. Loureiro CP. Corpo, beleza e auto-objetificação feminina [Master Thesis]. Vitória: Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo; 2014. 147p.
25. Zeighami Mohammadi S, Mohammad Khan Kermanshahi S, Vanaki Z. Reconstruction of feminine identity: the strategies of women with breast cancer to cope with body image altered. *Int J Women's Health*. 2018; 10:689-97.
26. Davis C, Tami P, Ramsay D, Melanson L, MacLean L, Nersesian S, et al. Body image in older breast cancer survivors: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2020; 29(5):823-32.
27. Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, Corrêa CSL, Fayer VA, Bustamante-Teixeira MT. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(9).
28. Favez N, Cairo Notari S. Body image, sexual activity, and side effects of treatments across the first year after surgery in women facing breast cancer: The influence of attachment insecurity. *J Psychosocial Oncol*. 2021;39(6):749-64.
29. Yamani Ardakani B, Tirgari B, Roudi Rashtabadi, O. Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *Euro J Cancer Care*. 2019;29(1).
30. Ljubičić Bistrovic I, Tomljanović M, Ljubičić, R. Psycho-Oncology and Spirituality. *Psychiatria Danubina*. 2021;33(suppl 4): 954-9.
31. Moysés R, Marques I, Santos BD, Benzaken A, Pereira MG. Quality of Life in Amazonian Women during Cervical Cancer Treatment: The Moderating Role of Spirituality. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2487.
32. Mairink APAR, Panobianco MS, Gradim CVC. Mulheres com neoplasia mamária: Perfil sociodemográfico e clínico num núcleo de apoio / Women with breast cancer: Sociodemographic and clinical profile in a support center. *BJDV*. 2021 Nov;7(11):106888-99.
33. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy*. 2019; 11:151-64.
34. Almeida CSCD, Morais RXBD, França IRD, Cavalcante KWM, Santos ALBND, Morais BXB, et al. Comparative analysis of mastectomies and breast reconstructions performed in the Brazilian Unified Health System in the last 5 years. *Rev Bras Cir Plást*. 2021;36(3):263-9.
35. Saldanha IJ, Broyles JM, Adam GP, Cao W, Bhuma MR, Mehta S, Balk E M. Autologous breast reconstruction after mastectomy for breast cancer: a systematic review 2022;10(3).
36. Cabral ALLV, Giatti L, Casale C, Cherchiglia ML. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24:613-22.
37. Favez N, Cairo Notari S. Body image, sexual activity, and side effects of treatments across the first year after surgery in women facing breast cancer: The influence of attachment insecurity. *J Psychosocial Oncol*. 2021;39(6):749-64.
38. Louro MIGC. Qualidade de vida da mulher com cancro de mama: o papel da imagem corporal [Master Thesis]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade Lusíada de Lisboa; 2019. p.169

Submetido em: 23/03/2023

Aceito em: 01/11/2023