

PERCEPÇÕES, SENTIMENTOS E EXPERIÊNCIAS FÍSICOEMOCIONAIS DE MULHERES APÓS O CÂNCER DE MAMA

PERCEPTIONS, FEELINGS AND PHYSICAL AND EMOTIONAL EXPERIENCES OF WOMAN AFTER BREAST CANCER

Ariana Machado Toriy¹, Edite Krawulski², Jaqueline de Souza Brasiliense Viera³,
Clarissa Medeiros da Luz⁴, Fabiana Flores Sperandio⁵

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é o de maior incidência no mundo. Recentemente, o câncer de mama foi considerado um dos principais problemas de saúde pública devido ao elevado índice de morbidade e mortalidade. O objetivo foi caracterizar as estratégias de enfrentamento da doença desenvolvidas por essas mulheres após o câncer de mama. **Método:** Utilizou-se a abordagem qualitativa dos dados numa pesquisa do tipo descritiva, sendo estes coletados por meio da técnica da entrevista estruturada e tratados mediante a análise de conteúdo. Participaram da pesquisa vinte mulheres mastectomizadas, casadas, com mais de doze meses de cirurgia e sem reconstrução mamária. **Resultados:** Dois temas foram construídos a partir da análise das suas falas: 1) alterações físicas após o câncer de mama, identificada como a mudança no estilo de vida e a aceitação do corpo modificado e 2) alterações emocionais após o câncer de mama e iniciativas de enfrentamento, construído com base nas descobertas emocionais após a doença. **Conclusão:** O câncer de mama é uma doença que caracteriza riscos à vida e traz consigo uma série de experiências à mulher. As mudanças e dificuldades originadas pela doença implicam adaptações e ajustes, tanto físicos (devido às sequelas) quanto emocionais (culpa, raiva e negatividade), possibilitando a experiência de diversos sentimentos, mesmo após doze meses de cirurgia.

Palavras-chave: mastectomia, percepção, fisioterapia, câncer de mama, suporte profissional.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer has the highest incidence worldwide. Recently, breast cancer was considered a major public health problem due to the high morbidity and mortality. The objective was to characterize the coping strategies of the disease developed by these women after breast cancer. **Methods:** We used a qualitative approach, a study of descriptive, which are collected through structured interview technique and processed by content analysis. Participants were twenty women with mastectomies, married, with more than twelve months after surgery and without breast reconstruction. **Results:** Two themes were constructed from the analysis of their statements: 1) Physical changes after breast cancer, which was understood as a change in lifestyle and acceptance of the modified body and 2) emotional changes after breast cancer and coping initiatives, built based on the emotional findings after illness. **Conclusion:** Breast cancer is a disease which characterizes risks to life and brings with it a series of experiments to women. The changes and difficulties caused by the disease imply adaptations and adjustments, both physical (due to sequels) and emotional (guilt, anger and negativity), enabling the experience of different feelings, even after twelve months of surgery.

Key words: mastectomy, perception, physical therapy, breast cancer, professional support.

1 Master in Physiotherapy and Physiotherapist State University of Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC - Brazil.

2 Professor, Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC - Brazil.

3 Nurse Unit of Clinical Oncology and Surgery, Maternity Carmela Dutra (MCD), Florianópolis, SC - Brazil.

4 Professor by the State University of Santa Catarina and lecturer at the University of the State of Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC - Brazil.

5 Professor at the Federal University of Santa Catarina and lecturer at the University of the State of Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC - Brazil.

Corresponding Author: arianatoriy@gmail.com

Suggested citation: Toriy AM, et al. Perceptions, feelings and physical and emotional experiences of woman after breast cancer. Journal of Human Growth and Development 2013, 23(3): 303-308
Manuscript submitted Apr 10 2013, accepted for publication Jul 20 2013.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o câncer de mama é o mais frequente na população feminina e o tipo de câncer e, igualmente, o mais comum no mundo, sendo a quinta causa de morte. A sobrevivência média, na população mundial, após cinco anos de diagnóstico, é de 61%¹. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2020 essa incidência aumente 104%^{2,3}. Entre 2011 e 2012, mais de 52.680 mulheres foram diagnosticadas no Brasil⁴.

Os dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) revelam que o câncer de mama é frequente em 3 das 5 regiões do Brasil: sudeste, sul e centro-oeste, onde são encontradas significativas taxas de mortalidade¹. A Política Nacional de Atenção Oncológica diz que as secretarias de saúde dos estados e municípios, em parceria com o Ministério da Saúde, são responsáveis por organizar e prover o tratamento dos cânceres. Os métodos utilizados

podem ser divididos em *local*: cirurgia e radioterapia, ou *sistêmico*: quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica¹.

Diante deste cenário e, considerando-se que a mama é um dos objetos de atração sexual ligada à imagem corporal, entende-se que as mulheres possam lidar com metáforas, crenças e estigmas durante as primeiras fases da doença e no pós-câncer. Tais fatores acabam por permear a identidade feminina destas mulheres^{4,5}. Pesquisas prévias, conduzidas por diferentes profissionais, atestam que a evolução das técnicas operatórias diminui as sequelas estéticas responsáveis pela percepção alterada da mama, o que não impede, mesmo assim, o aparecimento de desconfortos físicos/emocionais e sociais^{6,7}.

Diferentes estudos comprovam que, além das experiências físicas identificadas pelas limitações do linfedema, da redução da amplitude de movimento e dos constantes quadros de dor⁸⁻¹¹, exis-

Table 01: Characterization of samples of women with mastectomy on treatment in the mastology sector in Carmela Dutra Maternity in Florianópolis/SC

	N	%
AGE		
< 40 anos	4	20
40 - 45 anos	4	20
46 - 50 anos	3	15
> 50 anos	9	45
SCHOLARSHIP		
1º degree uncomplete	7	35
1º degree complete	6	30
2º degree uncomplete	1	5
2º degree complete	5	25
superior uncomplete	0	0
superior complete	1	5
TIME OF SURGERY		
1 - 2 anos	6	30
2 - 3 anos	12	60
> 3 anos	2	10

tem associações destas experiências às emocionais, representadas pelos sofrimentos, medos e vergonhas¹¹⁻¹³. Estes comportamentos considerados adversos, podem otimizar o declínio da qualidade de vida e o bem-estar social e profissional^{4,6}.

Nos últimos anos, grande parte dos estudos limitou-se a explorar isoladamente os aspectos físicos ou emocionais de mulheres pós-câncer de mama. As publicações não se interessaram em compreender e buscar explicações sobre esses eventos e a forma como se relacionam. Logo, tal temática ainda permanece inexplorada, as incertezas nesse processo do adoecer são obscuras e a relevância social é consensual. Considerando-se a lacuna existente no cenário nacional e internacional, o objetivo deste estudo é compreender as percepções, sentimentos e experiências físicas e emocionais vivenciadas no cotidiano de mulheres mastectomizadas.

MÉTODO

Desenho e população do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa dos dados, concentrando-se no indivíduo e tentando compreender os fenômenos humanos questionados¹⁶. Pela característica da pesquisa qualitativa, participaram do estudo 20 mulheres com idades variando entre 32 e 60 anos. Conforme o estabelecido, controlou-se as idades, a escolaridade e o tempo de cirurgia. Tais informações encontram-se no Tabela 01.

A coleta de dados

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas. A primeira consistiu na identificação de mulheres com o diagnóstico de câncer de mama por meio dos registros disponíveis no Ambulatório da Mater-

nidade, relativos aos anos de 2007 a 2009. Na segunda etapa, buscou-se verificar se as mulheres preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa, a saber: ter sido submetida à mastectomia há pelo menos 12 meses, ser casada, estar na faixa etária entre 30 e 60 anos e não ter realizado reconstrução mamária. A terceira etapa foi o momento de aplicação das entrevistas, possibilitando a produção de conteúdo: fatos, crenças, maneira de pensar e sentir, opiniões, sentimentos, condutas e comportamento, relacionados ao período de tratamento pós-câncer de mama. Segundo Minayo¹⁶, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, portanto, a amostragem selecionada representa a população em questão. No processo da presente pesquisa, foi utilizada a forma de entrevista semiestruturada, que combina perguntas abertas e fechadas, possibilitando à participante articular-se sobre a temática, sem condições prefixadas sobre o pesquisador.

A análise dos dados

O tratamento dos dados seguiu a proposta definida por Minayo¹⁶, a qual prescreve os seguintes passos para a análise dos conteúdos: 1) ordenação dos dados das entrevistas, do conjunto do material de observação e dos documentos institucionais; 2) classificação dos dados com os pressupostos e questões a investigar do pesquisador, a partir do material coletado e 3) análise final da significação e especificidade dos dados, a qual foi realizada, posteriormente, por um auditor externo.

A categorização adotada após as etapas seguidas foi representada a partir de duas unidades temáticas: 1) alterações físicas após o câncer de mama; 2) alterações emocionais após o câncer de mama e iniciativas de enfrentamento. Para melhor compreensão, as duas primeiras categorias foram subdivididas em subcategorias, culminando no reagrupamento de categorias analisadas no exercício de compreensão e discussão dos dados, dispensando etapas exaustivas da categorização, conforme segue: 1) identificando as alterações físicas: a) mudando o estilo de vida; b) aceitando o corpo parcialmente mutilado; e 2) identificando as alterações emocionais e as expressões de enfrentamento: a) conhecendo as implicações emocionais; b) gerenciando o casamento após o câncer de mama.

Esta pesquisa teve a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da MCD (CAAE – 0037.0.233.000-10). Todas as participantes aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os depoimentos apresentados neste estudo estão relacionados às percepções, aos sentimentos e às experiências de mulheres após a fase crí-

tica do diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Assim, foram descritos os temas desenvolvidos de acordo com os depoimentos em que as falas receberam nomes de flores.

Alterações físicas após o câncer de mama

a) Mudando o estilo de vida

As alterações físicas decorrentes da doença foram a limitação da amplitude de movimento do braço ipsilateral, o edema e/ou linfedema, a disfunção postural, a fraqueza muscular. Essas dificuldades físicas geram o aparecimento de múltiplos sentimentos e de incertezas em torno do seu estilo de vida. As mulheres passam, primeiramente, no contexto doméstico e, posteriormente, no profissional à ajustar o seu cotidiano, com vistas à retomar suas vidas. Os sentimentos gerados são a expressão da sua impotência, limitação, inferioridade e, até mesmo, a dependência física, como se pode visualizar nas seguintes falas:

"Bom, o que modifica um pouco é a restrição que a gente tem no braço. De não pegar peso, de não abusar numa limpeza que a gente gosta! Aprendi a conviver com isso, mas eu gostaria de ter meu braço normal" (*Rosa*).

Com qualquer coisa ele incha, mesmo que eu não faça nada! Mas hoje eu já aprendi a lidar com ele" (*Margarida*).

b) Aceitando o corpo parcialmente mutilado

Logo após a mastectomia, a mulher experimenta a sensação de estar "imperfeita", desfigurada, fora dos padrões do simbolismo feminino, até então imposto culturalmente:

"A aparência muda muito porque, o que se tira de uma mulher é a maior vaidade, que é a mama. É um órgão mutilado, como se tu tivesse perdido um braço" (*voz embargada - Lisiantus*).

É neste momento que ela passa pela aceitação do seu novo corpo, lamenta-se pelo ocorrido, ou até mesmo, conforma-se com a nova condição: "Depois que eu fiz a operação eu me senti bem melhor. Não senti mal com a minha aparência, não fiquei triste" (*Lírio*).

"Fazer o quê? Tantas coisas piores acontecem! Não é verdade" (*risos - Girassol*).

Por outro lado, algumas mulheres recebem o tratamento cirúrgico de mastectomia na expectativa de alcançar a cura do câncer. Elas cultivam a representação de que essa cura pode ser obtida com a subtração do órgão (como se a doença fosse delimitada a uma região) alcançando, assim, um fim para o seu câncer de mama. Pode-se observar essa expectativa nas falas de Lisiantus e Margarida:

"Foi bom, foi bom ter arrancado, arranquei,... acabou!" (*Lisiantus*).

"Realmente é uma cirurgia feia. Mas eu estava bem, eu tinha que me curar, não adiantava ficar com o seio" (*Margarida*).

Outras mulheres, entretanto, sofrem com medo da intimidação nos meios sociais. Elas consideram o câncer uma doença malvista, que traz um sofrimento prolongado, desenvolvendo, por consequência, uma nova percepção sobre a sua aparência.

"Eu não consigo me olhar no espelho (...) a região ali, eu meio que viro de lado, acho que é o psicológico da gente mesmo!" (*Lisiantus*).

"A operação foi boa. O resto não quero saber!" (*Acácia*).

Alterações emocionais no após câncer de mama e expressões de enfrentamento

a) Conhecendo as implicações emocionais

Durante toda a experiência com o câncer, os sentimentos femininos oscilam constantemente. O câncer de mama desorganiza o universo da mulher. Sentimentos, como incertezas com relação à vida, com a possibilidade da cura e o abatimento moral são facilmente identificados nos depoimentos. A mulher externa sentimentos de culpa, raiva e negatividade; o estigma de incurável que a doença apresenta faz com que sonhos e projetos futuros passem a ser uma incógnita.

"Eu não pedi para ter câncer! Eu não disse: "Ei, vem aqui, assina um contrato comigo durante "tanto" tempo!" (*Astromélia*).

"Então, o que mudou é que, eu não tenho sonho, eu não consigo ter sonhos. Planejar a minha vida, eu não consigo. Eu só penso no hoje. Viver o hoje!" (*Hortência*).

Além do futuro incerto e do corpo alterado, as mulheres temem a iminência da recidiva do câncer, mesmo depois de todo o tratamento. Elas criam, gradativamente, uma dependência psicológica ao tratamento medicamentoso e convivem com a ideia de que a vida está sendo constantemente ameaçada.

"Só daqui a cinco anos eu irei parar o remédio e, ai como é que eu vou ficar? E depois? Eu estou doida pra que ele mande tomar outra coisa, porque na minha cabeça, eu tenho que continuar tomando (remédio) pra que não volte o câncer" (*Amarilis*).

Com toda a carga emocional e a busca por conforto e saúde, essas mulheres percebem que o câncer agregou experiências, novos significados e/ou sentidos para a reformulação de suas vidas.

"Eu penso que hoje é uma fase da minha vida. Que eu precisei passar por aquilo, para mudar algumas coisas. Dar valor a outras que eu não dava, e que hoje eu realmente dou" (*Lisiantus*).

b) Gerenciando o casamento no pós mastectomia

O impacto da doença, em casos cujo prognóstico é incerto ou duvidoso, leva a mulher a conferir maior peso a sua relação marital. Além disso, quando o simbolismo do corpo feminino é desfigurado pela perda da mama, emergem sentimentos de frustração e medo, pois acreditam que a vida conjugal possa não perdurar diante de um corpo parcialmente modificado ou de uma mama anatomicamente alterada. Nesse contexto, o sentimento de fragilidade experimentado, na fase inicial da doença, dá lugar, paulatinamente, a um comportamento mais positivo e confiante:

"De repente (...) é a gente que coloca ele (o marido) pra fora de casa. Então, ele já falou que me aceita sem a mama (...)" (*Lisiantus*).

Quando o casal não consegue superar o processo natural da doença e as circunstâncias advindas, a sexualidade apresenta-se como algo distante, dificultando a sustentação da vida sexual. Entretanto, pode-se observar que, quando este possui uma comunicação aberta, há disposição à retomada da vida conjugal e, por consequência, da sexual:

"Meu corpo sente falta dos hormônios, eu sinto falta física..., isso eu sinto na pele, é a própria libido. Eu tenho que dar um jeito de contornar isso porque não acredito que meu casamento vá durar assim" (*Amarilis*).

"Eu não me esforço muito (...), ele também fica preocupado pois acha que vai me machucar" (*Gérbera*).

DISCUSSÃO

Este estudo revela que a obrigatoriedade das mulheres em conviver social e profissionalmente com as limitações físicas do membro superior, associadas aos sentimentos de inferioridade, explicam parcialmente o sofrimento relatado^{17,18}. O linfedema, que é considerado o acúmulo anormal de proteínas e líquidos no espaço intersticial, origina instabilidades motoras no braço e antebraço, além de importantes limitações cinesio-funcionais. Algumas alterações emocionais tais como frustrações e múltiplos conflitos podem aparecer durante ou após este período de maior tensão e serem potencializadas pelas restrições físicas.

A dependência econômica, devido à dificuldade de retornar ao trabalho, e o sentimento de inferioridade por não realizar as funções habituais do seu cotidiano, ocasionam um possível déficit de qualidade de vida. Segundo Cangussu et al.¹⁹, sintomas depressivos revelam-se com mais frequência na presença de dor e limitação do movimento no membro superior. Moskowitz²⁰ relata que as sobreviventes do câncer de mama retornam ao tra-

balho com traços de ansiedade e/ou depressão, sinais de cansaço físico e limitações cognitivas nas atividades laborais.

Nota-se, portanto, que a necessidade de adaptação ao novo estilo de vida é marcada por sofrimento emocional atrelada às limitações físicas do membro superior com linfedema. Tais dificuldades em conciliar as alterações corporais foram, igualmente, abordadas em pesquisas prévias^{21,22}. Em complemento, pode-se observar que ao se sentirem obrigadas a se conformar com a nova aparência, elas acabam ignorando muitas das restrições motoras do membro afetado, o que tenderia ao desalento, por não desempenharem com segurança e conforto, tal adaptação.

Dessa forma, nota-se que a aceitação do corpo parcialmente mutilado e a percepção da sua nova aparência constituem um processo difícil e doloroso. No entanto, esta etapa é importante para que haja a valorização e melhoria da qualidade de vida e o auto-cuidado, conforme já argumentada por alguns autores^{5,6,23}. Sendo assim, questões referentes à funcionalidade do ombro, à impossibilidade de retornar a atividade laboral e ao seguimento de aceitação do seu corpo mutilado, propulsionam ações reflexivas acerca de conceitos estéticos (como depilação da área afetada e linfedema) e de novos estilos de vida (obstáculos ou restrições físicas).

É relevante observar que após o aparecimento do câncer de mama, os sentimentos de culpa e pesar afloram na mulher pelas não realizações e/ou conquistas projetadas anteriormente à doença^{24,25}. Andresen et al.²⁷ relatam que a mulher com câncer de mama fica desnorteada pelas modificações em sua vida e, principalmente, pelas incertezas diante da efetiva cura. Sendo assim, ela padece, em um primeiro momento, com as sequelas físicoemocionais e, em seguida, com o retorno lento à sua vida sócio-laboral.

Pouco mais da metade das mulheres pesquisadas (60%) tiveram o diagnóstico da doença entre dois e três anos anteriores à coleta, e esse tempo pode influenciar na estabilidade e adaptação emocional. Diante dessas circunstâncias, elas percebem que a experiência com a doença e o tratamento em si agregou valores inéditos às suas vidas e às pessoas, impulsionando outros comportamentos, frente à nova identidade, constantemente, remodelada²⁶.

Em relação ao estado marital, Andersen et al.²⁷ e Nasiri et al.²⁸, ressaltam que o casal que já não apresentava uma boa comunicação

entre si, quando enfrenta o problema, não consegue manter a intimidade, tão necessária à manutenção da vida sexual, e, sem essa comunicação, acaba por se extinguir à relação. Ao passo que, mulheres que possuem um bom nível de entendimento com o seu cônjuge, conseguem reaver a vida sexual durante o tempo de recuperação da doença, dado o apoio, o interesse e a atenção desprendida nesta trajetória. As dores emocionais (culpa, raiva e negatividade) vividas no contexto familiar podem promover colisões e até mesmo a cisão conjugal, o que pode ameaçar fortemente a vida afetivo-sexual e social.

Neste contexto, ao identificar uma doença grave, de poucas possibilidades de cura, estas mulheres são conduzidas ao autoconhecimento, redescobrimdo interesses e valores muitas vezes abandonados com o tempo²⁷. Sendo assim, o enfrentamento do quadro nasce, em cada mulher, a partir das suas percepções e de seus sentimentos em torno da doença. A busca cotidiana pelo controle dos sentimentos negativos e dos constrangimentos após o câncer de mama promove aos poucos a evolução emocional e/ou a superação de dificuldades em relação a si própria e aos outros, especialmente à família, aos amigos e/ou à sociedade – minimizando, o desconforto físicoemocional vivido.

O câncer de mama é uma doença que caracteriza riscos à vida e traz consigo uma série de experiências à mulher. As mudanças e dificuldades originadas pela doença implicam adaptações e ajustes, tanto físicos (devido às incapacidades e sequelas) quanto emocionais (culpa, raiva e negatividade), possibilitando o conhecimento de diversos sentimentos, mesmo após, doze meses de cirurgia.

Nesse sentido, os sentimentos das mulheres mastectomizadas variam com o transcorrer do tratamento cirúrgico-clínico e podem contribuir para uma melhor compreensão do processo sócio-relacional. Percebeu-se, ainda, em um primeiro momento, que o sofrimento relatado pelas mulheres passa pelas sequelas deixadas pela doença, pela dificuldade de retomar a atividade laboral e pela percepção de inferioridade devido à limitação do membro superior. Posteriormente, nota-se a insatisfação e angústia pelo retorno lento à sua vida habitual, tornando o movimento reabilitatório vago, face às incertezas na tênue relação entre viver e adoecer.

REFERENCES

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>.
2. Rastogi T, Hildesheim A, Sinha R. Opportunities for cancer epidemiology in developing countries. *Nat Rev Cancer*, 2004;4, 909-17.
3. Sherman S, Shats O, Fleissner E, Bascom G, Yiee K., Copur M et al. Multicenter breast cancer collaborative registry. *Cancer Informatics*, 2011;10, 217-26.
4. Bulotiene G, Veseliunas J, Ostapenko V. Quality of life of Lithuanian women with early stage breast cancer. *BMC Public Health*. 2007, 7:124.
5. Conde DM, Pinto-Neto A, Júnior RF, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol e Obstetrícia*. 2006, 28 (3):195-04.
6. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*. 2008, 8:330.
7. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol e Obstetrícia*. 2009, 31(2):61-7.
8. Castro e Silva TB, Santos MCL, Almeida AM, Fernandes AFC. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Rev Escola de Enferm USP*. 2010, 44 (1):113-9.
9. Ussher JM, Perz J, Gilbert E.. Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nurs*. 2012, 35(6): 456-65.
10. Sheppard LA, Ely S. Breast Cancer and Sexuality. *The Breast J*. 2008, 14 (2):176-81.
11. Ferreira BC, Almeida AM, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Interface (Botucatu)* 2008, 12 (27): 863-7.
12. Bulmer SM, Howell J, Ackerman L, Fedric R. Women's Perceived Benefits of Exercise During and After Breast Cancer Treatment. *Women Health*. 2012, 52(8): 771-87.
13. Van Muijen P , NL Peixes-aranha , Snels IA , Duijts SF , Bruinvels DJ , Schellart AJ , van der Beek AJ . Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012, 26. doi: 10.1111/ecc. 12033.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico 2000-2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Estados@. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro, 1998.
17. Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee PJ, Vourlejis B. Economic Stress Among Low-Income Women With Cancer: Effects On Quality Of Life. *Cancer*. 2008, 112 (3): 616-25.
18. Ogce F, Ozkan S, Baltalarli B. Psychosocial Stressors, Social Support and Socio-Demographic Variables as Determinants of Quality of Life of Turkish Breast Cancer Patients. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2007, 8:77-82.
19. Cangussu RO, Soares TBC, Barra AA, Nicolato R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck-Short Form. *J Bras Psiquiatr*. 2010, 59 (2): 106-10.
20. Moskowitz MC , Feuerstein M , Todd BL. Job Stress and Physical Activity Related to Elevated Symptom Clusters in Breast Cancer Survivors at Work. *J Occup Environ Med*. 2012 Dec 10.
21. Sbitti et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception *BMC Women's Health* 2011, 11:29.
22. Klassen AC, Washington C. How does social integration influence breast cancer control among urban African-American women? Results from a cross-sectional survey. *BMC Women's Health* 2008, 8:4 doi:10.1186/1472-6874-8-4.
23. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Junior IA, Filho JV, Juliano Y, Neto MS, Ferreira LM. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2010, 10 (1):51-7.
24. Silva G, Santos MA. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm*. 2008, 17 (3):561-8.
25. Millar K, Purushotham AD, McLatchie E, George WD, Murray GD. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *J Psychosom Res*. 2005, 58 (4):335-42.
26. Araújo IMAA., Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008,12 (4):664-71.
27. Andersen BL, Carpenter KM, Yang HC, Shapiro CL. Sexual well-being among partnered women with breast cancer recurrence. *J Clinical Oncology*. 2007, 25 (21): 3151-7.
28. Nasiri A, Taleghani F, Irajpour A. Men's sexual issues after breast cancer in their wives: a qualitative study. *Cancer Nurs*. 2012 May-Jun,35(3):236-44.