

The relationship between different types of coping and clinical variables by women diagnosed with breast cancer in use of tamoxifen

A relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno*

Abstract | *The study aimed to examine the relationship between different types of coping and clinical variables by women diagnosed with breast cancer in use of tamoxifen. Method: Cross-sectional study, quantitative, carried out at Hospital Santa Rita de Cássia's ambulatory in Vitória/ES with a sample of 270 women.*

Data collection used interviews registered in formularies, a scale to measure strategies of coping and Stage of disease was collect from patient's hospital files. All data was analyzed using Statistical Package for Social Sciences version 13.0 (2004). Results: Show the following variables presented statistic association ($p\text{-value}<0.05$) with the definition of the type of coping strategy used: tamoxifen's type of treatment, collateral effects, and disease stage.

Conclusion: Therefore women on tamoxifen therapy who did not experience side effects search by religious practices, while greater use of focus on the problem occurred among women who underwent only surgery and diagnosed in stage I.

Keywords | *Breast Neoplasms; Adaptation Psychological; Tamoxifen.*

Resumo | **Objetivo:** Examinar a relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Foram entrevistadas 270 mulheres atendidas no ambulatório do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES. Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista com registro em formulário, Escala de Modo de Enfrentamento de Problema, e a variável estadiamento, que foi obtida tendo como fonte o prontuário. Os dados foram analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais versão 13.0 – (2004). **Resultados:** Demonstram que o tipo de tratamento realizado, os efeitos colaterais quanto ao uso do tamoxifeno e o estadiamento influenciam o tipo de estratégia de enfrentamento utilizada, uma vez que apresentaram significância estatística ($p<0,05$). **Conclusão:** Verifica que mulheres em uso de tamoxifeno que não apresentaram efeitos colaterais vivenciam mais a busca pelas práticas religiosas, enquanto a maior utilização do foco no problema ocorreu entre as mulheres que foram submetidas apenas à cirurgia e diagnosticadas em estágio I.

Palavras-chave | Neoplasias de mama; Estratégia de Adaptação; Tamoxifeno.

¹ Mestre em Saúde Coletiva; professora do Departamento de Ciências da Saúde, Biológicas e Agrárias do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES) Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), São Mateus/ES, Brasil.

² Doutora em Enfermagem; professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

*Pesquisa realizada no Ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia.

Introdução |

O câncer de mama constitui a primeira causa de óbito por neoplasia entre as mulheres, apresentando um aumento percentual em sua taxa de mortalidade de mais de 80% em pouco mais de duas décadas, visto que, em 1979, a taxa de mortalidade era de 5,77 por 100.000 mulheres, passando, em 2000, para 9,74¹⁰.

O Brasil está entre os países com a maior incidência de casos de câncer de mama em todo o mundo. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimavam, para o ano de 2008, 49.400 novos casos de câncer de mama, com incidência de 50,71. No Espírito Santo (ES), a estimativa é de 45,85 para cada 100.000 mulheres, continuando o câncer de mama a representar a neoplasia mais frequente entre as mulheres¹².

Apesar das modalidades terapêuticas atualmente disponíveis para o combate da neoplasia mamária, como cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e quimioterapia¹¹, o estigma do câncer de mama, o medo da doença³, a associação à perda de uma parte do corpo que em nossa cultura é muita valorizada e significativa geram sentimentos de insegurança quanto ao tratamento e diagnóstico¹⁴.

Para Maluf⁸, a mulher com câncer de mama passa por diversos conflitos, que não terminam com a cirurgia, mas que vão além com os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Essa neoplasia é um estressor ambiental e psicofísico. A mulher com câncer de mama, durante o decorrer da doença, ou seja, desde o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos e até a reincidência ou cura, vivencia diversas estratégias de enfrentamento⁴.

Qualquer empenho em se lidar com o estressor é uma resposta de *coping* independente do sucesso ou fracasso. Para alguns autores, o *coping* constitui um processo de mudanças cognitivas e esforços comportamentais para manusear demandas externas e/ou internas que são avaliadas com os recursos de cada indivíduo⁶.

As funções do *coping* permitem alterar as relações indivíduo/ambiente por meio do controle da situação geradora do estresse (quando centrado no problema) ou modular a resposta emocional (quando centrado na emoção). O enfrentamento com base no problema se dirige às situações de possível mudança, enquanto o *coping* baseado na emoção está associado a situações imutáveis⁶.

Dessa forma, o enfrentamento da doença é um processo dinâmico que muda de acordo com as circuns-

tâncias e avaliação contínua da pessoa⁴. Sendo assim, este estudo tem por objetivo examinar a relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno.

Material e Métodos |

O estudo foi realizado no ambulatório Ylza Bianco, que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Vitória/ES. Essa instituição foi criada e é mantida pela Associação Feminina de Ensino e Combate ao Câncer (AFECC). Trata-se de um estudo descritivo na abordagem quantitativa. A população consta de mulheres em hormonioterapia com tamoxifeno, com diagnóstico de câncer de mama, atendidas no referido ambulatório, constituindo uma amostra de 270 mulheres, que foram convidadas a participar da pesquisa em dias de consultas médicas, quando estavam realizando algum tipo de procedimento no Hospital Santa Rita.

Para o cálculo amostral, foi utilizada a fórmula de tamanho de amostra para estimar a proporção (foco no problema igual a 30%), com população finita de (N=1080), precisão desejada de 5% e nível de significância de 5%. Os valores da proporção populacional das mulheres a serem estudadas foram obtidos pela amostra piloto, na qual foi encontrada uma proporção de 0,3333 de mulheres que utilizavam a estratégia de enfrentamento focalizada no problema e 0,6333 utilizavam a estratégia de enfrentamento buscando realizar práticas religiosas. Os critérios de inclusão na amostra foram: ter o diagnóstico de câncer de mama, ser atendida no HSRC e estar em uso de tamoxifeno. Para o levantamento das variáveis clínicas – tipos de tratamento realizados e efeito colateral após o uso do tamoxifeno – foi utilizada a técnica de entrevista com registro e formulário. A variável estadiamento foi obtida tendo como fonte o prontuário de cada mulher.

A identificação das estratégias de enfrentamento de problemas ocorreu por meio da escala de Modo de Enfrentamento de Problemas (Emep)¹⁶, composta de 45 itens, distribuídos em quatro focos: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado na emoção; busca de práticas religiosas; e busca de suporte social. As respostas são avaliadas em uma escala ordenada de cinco pontos (1 = nunca faço isso; 5 = faço isso sempre). A maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento é indicada pelos escores mais elevados.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada a entrevista face a face e aplicado o instrumento da EMEP que, apesar de ser autoaplicável, nessa população em específico, por já existir estudo⁹ que demonstra haver um grande número de mulheres com baixo nível de instrução, optou-se pela aplicação do instrumento pelo pesquisador, a fim de não excluir as mulheres analfabetas da pesquisa. Para a análise estatística dos dados, foi utilizado o SPSS – Social Package Statistical Science – Versão 13.0 – 2004, e aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon. Foram considerados resultados com diferença significativa quando o p-valor foi inferior a 0,05.

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM, onde foi avaliado e aprovada a sua realização.

Resultados |

Ao comparar as estratégias de enfrentamento segundo os tratamentos realizados pelas mulheres em hormonioterapia (Tabela 1), verifica-se que as estratégias de enfrentamento religioso relacionadas com a busca de suporte social, e o foco religioso voltado para a

emoção, são altamente significativas, ($p=0,000$), ou seja, a mulher, independentemente do tratamento a que foi submetida, utiliza mais frequentemente a estratégia de foco nas práticas religiosas do que o suporte social ou foco na emoção. Quanto à relação entre o foco problema e o religioso, no grupo de mulheres que realizaram apenas a cirurgia e agora estão em uso de tamoxifeno, houve diferença estatística significativa ($p<0,05$), ou seja, mulheres submetidas apenas à cirurgia utilizam mais o foco no problema que a religião como estratégia de enfrentamento, entretanto essa mesma relação não foi significativa ($p>0,05$) nos demais grupos, não sendo possível, no momento, especificar qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada pela mulher. Entretanto, sabe-se que ela faz uso das duas estratégias de enfrentamento: a busca pela religião e o foco no problema. Ao examinar a relação do foco social e a emoção, observa-se que foi significativa ($p=0,000$), ou seja, em todos os grupos, as mulheres utilizam mais o suporte social que a emoção. Quando comparado o foco no problema com o social e o foco no problema com a emoção, também foi significativa ($p=0,000$), a mulher focaliza mais no problema que na busca de suporte social e emoção, independentemente do tratamento que já realizou.

Tabela 1. Estratégias de enfrentamento segundo tratamentos realizados por mulheres em hormonioterapia. Ambulatório Ytza Bianco/HSRC. Vitória, maio a set. 2008

<i>Tratamentos realizados</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>p-valor</i>
Cirurgia	Religioso x Social	3,64 x 3,00	0,002
	Religioso x Emoção	3,64 x 1,60	0,000
	Problema x Religioso	3,94 x 3,64	0,030
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,000
	Problema x Social	3,94 x 3,00	0,000
	Problema x Emoção	3,94 x 1,60	0,000
Cirurgia e radioterapia	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,40	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,099
	Social x Emoção	2,80 x 1,40	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,80	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,40	0,000
Cirurgia e quimioterapia	Religioso x Social	3,57 x 2,80	0,000
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,87	0,000
	Religioso x Problema	3,57 x 3,56	0,646
	Social x Emoção	2,80 x 1,87	0,000
	Problema x Social	3,56 x 2,80	0,000
	Problema x Emoção	3,56 x 1,87	0,000
Cirurgia, radioterapia e quimioterapia	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,63	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,476
	Social x Emoção	3,00 x 1,63	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,63	0,000

Quanto à relação entre as estratégias de enfrentamento, segundo o aparecimento de algum efeito colateral pelo uso de tamoxifeno (Tabela 2), nota-se que, quando cruzamos as estratégias de enfrentamento religioso com a busca de suporte social, e o foco religioso com o foco na emoção, há diferença altamente significativa ($p=0,000$), ou seja, a mulher que teve algum efeito colateral utiliza mais frequentemente a estratégia de foco nas práticas religiosas do que o suporte social ou foco na emoção. Com referência à relação entre o foco problema e o religioso, no grupo de mulheres que apresentaram algum efeito colateral, observa-se que não houve diferença estatística, $p>0,05$, não sendo possível, no momento, especificar qual dessas duas estratégias é mais comumente utilizada pela mulher.

Já a relação entre a religião e o foco no problema, no grupo de mulheres que não apresentaram efeitos colaterais, foi significativa ($p<0,05$), ou seja, a mulher com câncer de mama em uso de tamoxifeno, que não apresentou algum efeito colateral, enfrenta o problema com maior utilização do foco na religião. Ao comparar o enfrentamento com a busca por suporte social e a emoção, observa-se que, em todos os grupos, as mulheres utilizam mais o suporte social que a emoção ($p=0,000$). Quando comparado o foco no problema com o social e o foco no problema com a emoção, também foi significativo ($p=0,000$): a mulher focaliza mais o problema que a busca de suporte social e emoção, independentemente de apresentar ou não efeitos colaterais.

Tabela 2. Estratégias de enfrentamento segundo aparecimento de efeito colateral pelo uso do tamoxifeno. Ambulatório Ylza Bianco/HSRC. Vitória, maio a set. 2008

Aparecimento de efeito colateral	Testes	Mediana	p-valor
Sim	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,981
	Social x Emoção	3,00 x 1,60	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,00	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,000
Não	Religioso x Social	3,86 x 2,60	0,000
	Religioso x Emoção	3,86 x 1,53	0,000
	Religioso x Problema	3,86 x 3,72	0,028
	Social x Emoção	2,60 x 1,53	0,000
	Problema x Social	3,72 x 2,60	0,000
	Problema x Emoção	3,72 x 1,53	0,000

Os dados da Tabela 3 apresentam a comparação entre as estratégias de enfrentamento segundo o estadiamento. Constata-se que, quando relacionamos as estratégias de enfrentamento religioso com a busca de suporte social, há diferença significativa ($p=0,000$) nos grupos de mulheres com estadiamento I, II e III, ou seja, elas utilizam mais as estratégias de foco nas práticas religiosas do que o suporte social; já no grupo de estágio IV, não houve significância ($p>0,05$). Entretanto, ao examinar a relação entre o foco religioso e a emoção houve significância estatística ($p<0,05$) em todos os grupos. Quanto à comparação entre o foco problema e o religioso, houve significância estatística ($p<0,05$) no grupo de mulheres no estágio I, ou seja, esse grupo utiliza mais o foco no problema que a religião. No entanto, nos demais grupos, não foi significativo ($p>0,05$), não sendo possível, no momento, especificar qual dessas duas estratégias é mais comumente

utilizada por essas mulheres. A relação entre o social e o foco na emoção foi significativa ($p=0,000$) no grupo de mulheres em estágio I, II e III, contudo não houve significância ($p>0,05$) nas mulheres com estágio IV. Já o problema relacionado com o suporte social e a emoção apresentou significância estatística ($p>0,05$) em todos os grupos, ou seja, a mulher, independentemente do estadiamento do câncer, utiliza mais as estratégias de enfrentamento com foco no problema do que a busca de suporte social e a emoção.

Discussão |

Os dados da pesquisa permitem identificar, em todos os grupos, uma maior utilização da estratégia de enfrentamento com foco no problema e religião e a menor utilização da emoção. Esse dado é de grande

Tabela 3. Estratégias de enfrentamento segundo estadiamento. Ambulatório Ylza Bianco/HSRC. Vitória, maio a set. 2008

<i>Estadiamento</i>	<i>Testes</i>	<i>Mediana</i>	<i>p-valor</i>
Estádio I	Religioso x Social	3,71 x 3,00	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,53	0,000
	Problema x Religioso	3,83 x 3,71	0,043
	Social x Emoção	3,00 x 1,53	0,000
	Problema x Social	3,83 x 3,00	0,000
	Problema x Emoção	3,83 x 1,53	0,000
Estádio II	Religioso x Social	3,71 x 2,80	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,60	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,427
	Social x Emoção	2,80 x 1,60	0,000
	Problema x Social	3,78 x 2,80	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,60	0,000
Estádio III	Religioso x Social	3,71 x 3,20	0,000
	Religioso x Emoção	3,71 x 1,80	0,000
	Problema x Religioso	3,78 x 3,71	0,600
	Social x Emoção	3,20 x 1,80	0,000
	Problema x Social	3,78 x 3,20	0,000
	Problema x Emoção	3,78 x 1,80	0,000
Estádio IV	Religioso x Social	3,57 x 3,00	0,104
	Religioso x Emoção	3,57 x 1,47	0,043
	Religioso x Problema	3,57 x 3,50	0,500
	Social x Emoção	3,00 x 1,47	0,080
	Problema x Social	3,50 x 3,00	0,043
	Problema x Emoção	3,50 x 1,47	0,043

relevância, uma vez que a estratégia de enfrentamento com foco no problema demonstra uma maior aproximação e aceitação do problema, indicando que a mulher vem apresentando uma postura de busca pela saúde e aproximação do agente estressor, fato este que facilita o planejamento para o seu enfrentamento⁴. Da mesma maneira, a menor utilização da estratégia de enfrentamento com foco na emoção é vista de forma positiva, pois esse modo de enfrentar problemas aponta um comportamento de negação, autculpa, culpabilização do outro e esquiva¹⁶.

Quanto aos tratamentos realizados, observa-se que as mulheres em uso de tamoxifeno submetidas apenas à cirurgia utilizam mais o enfrentamento com foco no problema ($p < 0,05$). Já as que foram submetidas aos demais tratamentos utilizam predominantemente o foco no problema e a religião ($p > 0,05$). Estudos afirmam que a mulher submetida a outros tratamentos, além da cirurgia e da perda da mama, realiza o tratamento complementar que muitas vezes impõe a perda de cabelo, perda de fertilidade, entre outros efeitos colaterais, o que fragiliza ainda mais a mulher^{15,20}, fato

este que pode justificar a busca da religião, além do foco no problema, no grupo de mulheres submetidas aos demais tratamentos além da cirurgia, já que a religião tem um papel importante como fonte de suporte e integração social¹⁷.

A maior utilização de práticas religiosas como modo de enfrentar problemas pelo grupo de mulheres que não apresentaram efeitos colaterais ao fazer uso do tamoxifeno vai ao encontro de estudos que apontam o forte impacto da religiosidade/espiritualidade sobre a saúde física e mental^{13,13}, demonstrando que os aspectos religiosos têm influência como auxiliares na cura e tratamento de doenças².

Quanto ao estadiamento, às mulheres diagnosticadas no estágio I utilizam mais frequentemente as estratégias com foco no problema, ($p < 0,05$). Já as que possuem estadiamento IV não apresentaram uma estratégia predominante. O estadiamento da doença é um fator importante na instituição do tratamento¹⁹. Os estágios III e IV são os mais avançados da doença, podendo representar um mal prognóstico⁷. Sendo assim, a mulher diagnosticada em estágio avançado

tem menos chance de sobrevida, o tratamento é comprometido e ela apresenta menor qualidade de vida¹⁸, visto que o tamanho do tumor, no momento do diagnóstico, é um fator determinante na indicação do tratamento conservador¹. Dessa forma, mulheres em estágio mais avançado podem ser submetidas a uma gama maior de tratamentos, que acarretam efeitos físicos e danos ao organismo, pelo tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico, bem como os sentimentos com relação a alterações da imagem corporal, o que pode explicar a busca por diferentes estratégias de enfrentamento, não havendo a predominância de um foco.

Conclusão |

O estudo permite concluir que as mulheres utilizam, predominantemente, e como estratégias de enfrentamento, o foco no problema e a religião e vivenciam menos o foco na emoção. Constata-se que variáveis clínicas influenciam na utilização da estratégia de enfrentamento já que mulheres em hormonioterapia com tamoxifeno que não apresentaram efeitos colaterais, ao fazerem uso desse hormônio, vivenciam mais a busca pelas práticas religiosas, enquanto a maior utilização do foco no problema ocorreu entre as mulheres que foram submetidas apenas à cirurgia e diagnosticadas em estágio I.

Referências |

1. Abreu E, Koifman S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. *Rev Bras Cancerol* [periódico on-line]. 2002; 48(1):113-131 [citado 2008 jun 26]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf
2. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicol Estud* [periódico on-line]. 2006; 11(1):155-164 [citado 2008 nov 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf>
3. Funghetto SS, Terra MG, Wolff LR. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. *Rev Bras Enferm* 2003; 56(5):528-32.
4. Gimenes MG. A mulher e o câncer. São Paulo: Editoria Livro Pleno; 2000.
5. Guimaraes HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev Psiquiatr Clín* [periódico on-line]. 2008; 34(1):88-94 [citado 2008 nov 15]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/88.html>
6. Lazarus R, Folkman S. *Estresse, appraisal, and coping*. Nova York: Springer; 1984.
7. Makluf ASD, Dias, RC, Barra, AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras Cancerol* 2006;52(1): 49-58.
8. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol* 2005; 51(2):149-154.
9. Marabotti F, Comério T. Levantamento no programa de reabilitação para mulheres mastectomizadas - Premma - sobre o uso de álcool [monografia]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem; 2003.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por Câncer no Brasil 1979-1999. Brasília: Inca; 2002.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: Inca; 2004.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2007.
13. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev Psiq Clín* [periódico on-line] 2007; 34(1):105-15 [citado 2008 Nov 15]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/105.html>
14. Regis MFS, Simões SMF. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Rev Eletrônica de Enfermagem* [periódico on-line] 2005; 7:81-6 [citado 2007 jun 23]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista.htm.
15. Rossi L. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol Cienc Prof* [periódico on-line] 2003; 23(4):32-41 [citado 2008 out 23]. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br>

16. Seidl EMF, Troccoli BT, Zannon CMLC. Análise Fatorial de uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psic Teor e Pesq* [periódico on-line] 2001; 17(3):225-34 [citado 2007 maio 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*. 2001; 16(6): 631-53.
17. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico on-line] 2005; 27(11):656-60 [citado 2008 jun 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
18. Trufelli DC, Miranda VC, Santos MBB et al. Analysis of delays in diagnosis and treatment of breast cancer patients at a public hospital. *Rev Assoc Med. Bras* [periódico on-line] 2008; 54(1):72-6 [citado 2009 maio 26]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
19. Wanderley K S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: Carvalho MMMJ. *Introdução à psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy; 1994.

Recebimento: 10-09-09 | Aceite: 13-11-09

Correspondência para/Reprint request to:
Maria Helena Costa Amorim
Av. Marechal Campos 1468, Maruípe 29040-090
Vitória-ES, Brasil. Tel.: (27) 3335-7280.
mhcamorim@yaboo.com.br