



OBNJ
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Estresse e estratégias de *coping* em mulheres com câncer de mama: um estudo transversal

Pricilla Cândido Alves¹; Míria Conceição Lavinas Santos²; Ana Fátima Carvalho Fernandes³

^{1,2,3}Universidade Federal do Ceará

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência de estresse e a utilização de estratégias de enfrentamento/*coping* em mulheres com câncer de mama. **Método:** Estudo transversal, realizado com 21 mulheres, em que se utilizou como instrumento o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e a Escala Modos de Enfrentar Problemas (EMEP). **Resultados:** A presença de estresse foi evidenciada em 66,7% das mulheres. A busca pela prática religiosa foi a estratégia de *coping* mais utilizada pela amostra geral (52,4%), inclusive no grupo que apresentou estresse. No grupo sem estresse, o *coping* focado no problema foi predominante (23,7%). **Discussão:** Ao enfrentarem a doença focando no problema, as mulheres pareceram tender a não ocorrência de estresse. **Conclusão:** As situações de estresse provocadas pelo câncer de mama requerem adaptação e enfrentamento da mulher. Nesse ponto, a enfermagem deve atuar no sentido de mediar respostas mais adaptativas à situação da doença.

Descritores: Estresse Psicológico; Adaptação Psicológica; Neoplasias da Mama.

INTRODUÇÃO

Pacientes diagnosticadas com câncer de mama vivenciam uma série de mudanças desde o diagnóstico ao tratamento da doença, as quais se refletem diretamente em alterações comportamentais, sendo bastante estressante para mulher o processo de descobrir-se portadora da neoplasia e enfrentar todas as suas implicações⁽¹⁾.

Assim, as inúmeras modificações no cotidiano destas mulheres, decorrentes de alterações cognitivas, sejam de ordem física, psíquica ou social, podem representar ameaça à sua manutenção biopsicossocial, constituindo fator de estresse na medida em que solicitam estratégias de ajustamento e produzem forte impacto emocional.

O estresse vem sendo estudado com maior frequência devido às diversas condições relacionadas com a sua ocorrência no mundo globalizado, sendo um evento que surge mediante um processo de etapas nas quais a sintomatologia e a forma de manejo são diferenciadas de acordo com a fase observada⁽²⁾.

São quatro as fases do estresse, as quais configuram o que se denomina Modelo Quadrifásico do Estresse, sendo estas: alarme (reconhecimento do estressor), resistência (reparação do dano físico causado pelo estressor), quase exaustão (início do enfraquecimento do organismo diante do estressor) e exaustão (sobrecarga, se mantida a situação de estresse). A distinção das mesmas dá-se pela duração da ação do estressor e pelo aparecimento de sintomas orgânicos e/ou psicológicos⁽²⁾.

No que diz respeito aos estressores, estes podem ser definidos como algo que quebra a homeostase do indivíduo e que exigem alguma adaptação, podendo ser externos e internos. Essa adaptação gera desgaste e, se não efetiva, pode também ser considerada um processo de estresse⁽³⁾.

Com isso, o processo de enfrentamento, que é uma resposta ao estresse, corresponde ao conjunto de estratégias adotadas para lidar e adaptar-se a situações estressoras ou a algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça iminente. Este inclui processos cognitivos que são respostas comportamentais e emocionais que visam administrar a crise, reduzir ou tolerar as demandas criadas pela situação. Em suma, esse conflito entre as demandas

ambientais ou internas e os esforços emitidos para agir sobre elas é denominado *coping* ou enfrentamento⁽⁴⁾.

Nessa perspectiva, as respostas de enfrentamento foram divididas em duas categorias básicas: *coping* focado no problema, que diz respeito a todos os esforços do indivíduo para administrar o problema que o está desmobilizando ou causando estresse; e *coping* focado na emoção, que descreve a tentativa de substituir ou adequar o impacto emocional vivenciado, derivando, principalmente, de processos defensivos⁽⁵⁾.

Alguns autores também sugerem outras modalidades de resposta⁽⁶⁾, destacando-se o suporte social e a religiosidade como meios para lidar com um evento estressor, sendo bastante utilizados nas doenças crônicas.

Ao considerar o vivencial da mulher com câncer de mama como repleto de sentimentos tais como baixa autoestima, déficit de autoconceito, estigma da mutilação, ou seja, um contexto extremamente difícil, estressante e limitante, no qual a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades que irão gerar a necessidade de diversos tipos de enfrentamento, é que se faz necessário aprofundar os estudos sobre a temática.

Somado a isso, ao observar estudos realizados nos últimos anos, percebe-se que é vasta a literatura sobre câncer de mama, mas poucos são os estudos que enfatizam estresse e suas respostas de *coping* como processo vivenciado pela paciente na área da Enfermagem, o que constitui fator relevante para maior exploração do tema.

Dessa forma, como membro da equipe multiprofissional envolvida com a assistência a estas pacientes, torna-se relevante conhecer como se apresenta o processo de estresse provocado pelo câncer de mama e que precisa ser enfrentado pelas pacientes na tentativa de superar as exigências que esta realidade lhes impõe.

Além disso, o desenvolvimento de estudos nessa perspectiva pode trazer implicações tanto para a área da Enfermagem quanto para a paciente, a partir da implementação de medidas de redução do estresse e direcionamento na utilização de estratégias de *coping* efetivas na solução dos conflitos surgidos com a doença.

Tomando-se por base tais aspectos, o estudo objetivou verificar a ocorrência de estresse a partir de sinais e sintomas evidenciados, bem como a utilização de estratégias de *coping* em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

MÉTODO

Realizou-se pesquisa com delineamento transversal e de natureza exploratório-descritiva, a qual se desenvolveu no ambulatório de mastologia de dois Centros de Oncologia localizados em Fortaleza, CE. A população do estudo foi constituída por mulheres que apresentavam diagnóstico clínico e anatomopatológico positivo para câncer de mama e que estavam em acompanhamento nos referidos locais.

Utilizou-se na seleção dos sujeitos os seguintes critérios de inclusão: mulheres com mais de 18 anos; primeira ocorrência de câncer de mama; diagnóstico da doença há pelo menos um mês; e que não estivessem em uso de quimioterapia e/ou radioterapia. Entre os critérios de exclusão, elegeu-se: pacientes com transtorno psiquiátrico anterior ocasionado por estresse ou acometimento por doença crônica, que não o câncer de mama, relacionada com a ocorrência de estresse.

Obedecendo-se aos critérios estabelecidos, foram incluídas 21 mulheres que aceitaram participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que estiveram presentes nos locais de estudo durante os meses de abril a julho de 2010, período destinado para a coleta dos dados, a qual se iniciou após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (protocolo nº 009/10 de 10 de março de 2010).

Na ocasião da coleta, utilizou-se como instrumento para obtenção dos dados um roteiro de entrevista estruturada referente à caracterização dos sujeitos e história da doença, o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), o qual verifica a ocorrência de estresse e mensura o nível ou fase de estresse vivenciada pelo sujeito de acordo com o número de sintomas presentes⁽⁷⁾; e a Escala Modos de Enfrentar Problemas

(EMEP), utilizada para conhecer e mensurar estratégias de enfrentamento mobilizadas pelos sujeitos que vivenciam uma situação de estresse⁽⁶⁾.

O ISSL foi construído e validado em 1994 e é um instrumento composto por três quadros (Q) que se referem às quatro fases do estresse anteriormente mencionadas, sendo divididos em sintomas das últimas 24h (Q1-fase de alerta), da última semana (Q2-fase de resistência e quase exaustão) e último mês (Q3-fase de exaustão). O diagnóstico positivo é dado a partir da soma dos sintomas de cada quadro do inventário, sendo atribuído escore um para cada sintoma presente. Dessa forma, ao ultrapassar o número limite de sintomas em uma fase específica, indicar-se-á a ocorrência de estresse e a fase correspondente (Q1>6 sintomas apontados, indica fase de alarme; Q2>3 sintomas, indica fase de resistência; Q2>9 sintomas, indica fase de quase exaustão; e Q3>8 sintomas, indica fase de exaustão)⁽⁷⁾.

A EMEP foi validada em 2001 e é uma escala composta por 45 itens subdivididos em quatro subescalas ou fatores que expressam cognições (ações intrapsíquicas) e comportamentos (ações diretas) para lidar com eventos estressantes. em que o foco no problema apresenta fator 1 (18 itens); na emoção, fator 2 (15 itens); na busca de prática religiosa, fator 3 (7 itens); e busca por suporte social, fator 4 (5 itens). As respostas são dadas em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre). A principal estratégia de enfrentamento utilizada pelo participante é identificada a partir da maior média dos escores entre as quatro subescalas⁽⁶⁾.

Após a coleta, todas as informações foram armazenadas em banco de dados construído no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. A média foi calculada para as variáveis contínuas e a frequência percentual, para as categóricas.

RESULTADOS

As participantes do estudo apresentaram, de acordo com as variáveis sociodemográficas contínuas, média de idade de 57,76 anos, escolaridade média de 6 anos e renda familiar média de R\$ 966,00.

No que se refere aos dados relacionados à história da doença, a maioria das mulheres, 18 (85,7%), era portadora de carcinoma mamário com indicação cirúrgica como forma de tratamento. No concernente ao tipo de cirurgia a ser realizada, boa parte das participantes, 9 (42,9%), possuíam indicação de realização de mastectomia total.

Na verificação da ocorrência ou não de estresse a partir dos sintomas identificados entre o grupo de mulheres, obteve-se a presença do diagnóstico em 14 (66,7%) participantes, enquanto que em 7 (33,3%) mulheres não foi evidenciada a presença de estresse. Com relação à fase do estresse identificada, verificou-se, predominantemente, a ocorrência da fase de alarme, estando presente em 7 (33,3%) mulheres; a de resistência ocorreu em outras 7 (33,3%) participantes.

A sintomatologia relacionada à presença de estresse denotou a existência de um maior número de sintomas de ordem fisiológica e psicológica entre as mulheres, os quais confirmam as fases do estresse mais encontradas entre as participantes (alarme e resistência).

A mudança de apetite foi o sintoma que esteve mais presente ao se aplicar o quadro 1 (Q1-fase de alarme) do ISSL, ocorrendo em 12 (57,6%) das 14 (66,7%) mulheres diagnosticadas com estresse. Apesar desse sintoma ter sido evidenciado nesse percentual de participantes, apenas 7 (33,3%) mulheres foram classificadas na fase de alarme, pois apresentaram simultaneamente outros sintomas, tais como hiperventilação, extremidades frias, taquicardia, xerostomia e insônia, que, somados, permitiram a pontuação necessária para inclusão na referida fase.

A irritabilidade excessiva e o mal estar generalizado foram os sintomas que mais ocorreram ao se aplicar o quadro 2 (Q2-fase de resistência) do inventário, estando presentes nas 14 (66,7%) mulheres diagnosticadas com estresse. Embora tais sintomas

tenham sido evidenciados em todas as participantes com diagnóstico de estresse positivo, apenas 7 (33,3%) estavam na fase de resistência, uma vez que possuíam outros sintomas como desgaste físico, tontura, sensibilidade emotiva e pensamento unidirecional, o que fez com que fossem incluídas nesta fase.

Em relação ao enfrentamento ou estratégia de *coping* utilizada pelas mulheres, observou-se que a busca pela prática religiosa foi a principal estratégia de *coping* usada, estando presente em 11 (52,4%) participantes, seguida pelo foco no problema, utilizado por 6 (28,6%) mulheres e pela busca por suporte social, presente em 4 (19%) mulheres. Nenhuma participante utilizou como forma de enfrentamento o foco na emoção.

Ao se considerar as estratégias de *coping* utilizadas por cada grupo de mulheres, ou seja, com e sem estresse, obteve-se, no grupo com estresse, 14 (66,7%) mulheres; a busca pela prática religiosa como principal estratégia de *coping* esteve presente em 9 (42,8%) participantes. No grupo de mulheres sem estresse, 7 (33,3%), verificou-se o foco no problema como a estratégia mais usada, presente em 5 (23,7%) mulheres. Tais dados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres, de acordo com o diagnóstico de estresse e estratégia de *coping* utilizada. Fortaleza, CE, 2010

Estratégia de <i>coping</i>	Diagnóstico de estresse				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Busca pela prática religiosa	9	42,8	2	9,51	11	52,4
Foco no problema	1	4,76	5	23,7	6	28,6
Busca de suporte social	4	19,0	0	0,0	4	19,0
Foco na emoção	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	14	66,7	7	33,3	21	100,0

DISCUSSÃO

A média de idade das mulheres do estudo encontra-se dentro da faixa etária de maior incidência do câncer de mama feminino, que se situa entre a quinta e sexta décadas de vida, sendo relativamente raro antes dos 35 anos de idade⁽⁸⁾.

A presença de carcinoma mamário com indicação cirúrgica como forma de tratamento em boa parte das mulheres, sendo a mastectomia o procedimento mais indicado, confirma a tendência observada atualmente, em que a maioria dos casos de câncer de mama é diagnosticada em estágios bastante avançados, correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos. Por isso, o número de mastectomias realizadas é considerado elevado, já que, ao se encontrar um maior comprometimento da mama da paciente, torna-se mais seguro a extirpação total do órgão⁽⁹⁾.

A partir desses achados, percebe-se a magnitude da problemática do câncer de mama, que, apesar das diversas políticas e atividades voltadas para o seu controle e detecção precoce, ainda apresenta dados assustadores no que se refere aos estágios de diagnóstico e formas de tratamento. Assim, enfatiza-se um controle cada vez mais intenso da doença, que deve ser realizado por meio de ações na área da promoção da saúde, proteção específica e diagnóstico precoce.

A ocorrência de estresse verificada na maioria das participantes, com o predomínio das fases de alarme e resistência corrobora com os achados de outros estudos⁽¹⁰⁻¹¹⁾, em que as pacientes diagnosticadas com neoplasia da mama também se mostraram significativamente estressadas.

A tendência para estressar-se advém do fato de que, ao receber o diagnóstico de câncer de mama, uma doença que gera sofrimentos e preocupações, há uma desestruturação não somente da mulher que é acometida, mas também da família, cujos membros se veem surpreendidos por um momento de grande estresse que motiva, quase que imediatamente, mudanças de comportamento⁽¹¹⁾.

Neste momento, há de se considerar a necessidade de atuação dos profissionais da saúde e, em especial, da equipe de enfermagem, cotidianamente em contato com estas

mulheres, na perspectiva da valorização dos sentimentos, dos conflitos físicos, psíquicos e sociais, devendo tais profissionais exercer o papel de facilitadores de estratégias de autoconhecimento das mulheres em um processo de elaboração de mecanismos para aceitação de suas atuais condições.

Considerando a sintomatologia relatada pelas mulheres e concernente à fase de alarme, a mudança de apetite, sintoma mais evidenciado, reflete o quadro de ansiedade que se experimenta diante de uma situação de estresse, considerado mecanismo adaptativo, ou seja, funciona como uma adequação no sentido de que é uma resposta a um desequilíbrio do sistema, reduzindo, inicialmente, o nível de tensão para encobrir a natureza do estressor⁽¹²⁾.

A sensibilidade emotiva e irritabilidade excessiva, sintomas predominantes na fase de resistência, a qual ocorre quando o estressor perdura por um período prolongado, são realmente percebidos em mulheres com câncer de mama, pois devido às exigências da doença, geralmente, as pacientes apresentam inabilidade em conduzir apropriadamente suas emoções, particularmente a labilidade emocional e a agressividade, apresentando vários períodos de oscilação entre as duas manifestações, o que acarreta uma sensação de mal-estar geral⁽¹³⁾.

Em relação à principal estratégia de *coping* utilizada pelas mulheres, a EMEP permitiu-nos obter a busca de prática religiosa como mecanismo de enfrentamento predominante, o qual se destaca como aspecto positivo, pois o papel da fé como forma de enfrentamento da doença é significativo. A crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo são fortes influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis em decorrência da doença⁽¹⁴⁾.

A utilização de um tipo específico de estratégia de *coping* pelas mulheres do estudo pode ter influenciado na manifestação ou não do estresse, pois ao se observar o grupo de mulheres com e sem estresse, percebe-se que, ao enfrentarem a doença focando no problema e buscando uma melhor adaptação diante das alterações impostas pela neoplasia mamária, as mulheres tenderam a não ocorrência de estresse.

Esses achados corroboram com outros estudos^(11,15) ao demonstrar a tendência para melhores e maiores níveis psicológicos (ausência de estresse) em mulheres que buscam mais o enfrentamento ativo, a confrontação, a resolução da doença, ou seja, o foco no problema.

A presença de estresse em mulheres que estavam enfrentando a doença utilizando em maior escala a prática religiosa e o suporte social pode ser compreendida pelo fato de que a religião e o apoio social, apesar de serem fatores positivos no enfrentamento da doença, exigem a combinação com outros tipos de *coping*, considerados mais efetivos na superação de eventos estressores, tais como o foco no problema, comprovadamente eficaz no manejo do estresse⁽¹⁵⁾.

Dessa maneira, entende-se que o melhor manejo do estresse consiste na associação de estratégias de *coping* adequadas e relacionadas com maior ajustamento psicológico do indivíduo e desenvolvimento de métodos de alívio do sofrimento.

De qualquer forma, as situações de estresse provocadas pelo câncer de mama requerem uma resposta da mulher, seja esta mais adaptativa ou não. Nesse sentido, a mulher que vive uma situação como o câncer mamário necessita descobrir os mecanismos possíveis de serem utilizados no processo de enfrentamento. Acredita-se que, nesse ponto, a enfermagem tem um importante papel a desempenhar, no sentido de mediar respostas mais adaptativas à situação da doença.

Neste processo contínuo e dinâmico, é crucial o papel do enfermeiro, pois é o profissional que tem maior contato com a paciente e, por este motivo, pode estabelecer com ela um vínculo dialógico maior, no sentido de conquistar sua confiança na tentativa de resgatar o conceito que a mulher tem de si mesma e fornecer apoio e direcionamento na adoção do melhor caminho a ser seguido.

CONCLUSÃO

Uma vida sem estresse não é possível, pois se vivencia o mesmo no cotidiano, nos pensamentos e no próprio corpo, principalmente, quando este é vítima de alterações bruscas, como é o caso das mudanças estruturais nas mamas advindas do câncer, as quais transcendem as repercussões físicas, gerando conflitos que se desenvolvem também no psicológico daquelas que os vivenciam.

O estudo permitiu concluir que a verificação da ocorrência de estresse e utilização de estratégias de enfrentamento em mulheres diagnosticadas com câncer de mama é relevante, pois as repercussões emocionais advindas da confirmação do diagnóstico da doença representam importante trauma psicológico e exigem investigação na tentativa de direcionar a adoção de intervenções de enfermagem capazes de provocar mudanças no tipo de cuidado prestado à essa clientela.

No entanto, a ocorrência de estresse entre as mulheres deste estudo é um achado preocupante, pois a habilidade de qualquer pessoa, independente de estar enferma ou não, para avaliar e reavaliar o estressor e optar pela forma mais efetiva de adaptação recebe forte influência de seu estado psicológico.

A partir disso, ressalta-se a necessidade da ação conjunta e sincrônica da equipe multidisciplinar que assiste essas mulheres, que deve buscar reconhecer e amenizar as reações psicossomáticas apresentadas diante de um quadro de ansiedade e estresse, estratégia reconhecidamente eficaz na melhora do enfrentamento psicossocial do câncer de mama.

Cabe aos profissionais da área da saúde auxiliar a paciente a descobrir estratégias para superação do estresse causado pela descoberta e pelo tratamento da doença. Com isso, espera-se que cada mulher enfrente essa situação de modo singular e da melhor forma possível, utilizando suas vivências, seus valores e sua cultura para escolha do enfrentamento mais adaptativo; caso contrário, se não houver enfrentamento, ou se este for inadequado, instala-se um quadro de crise, prejudicando ainda mais a reabilitação da mulher submetida a esse processo.

Destaca-se o caráter reparatório da adoção de atitudes combativas e realistas pelas mulheres do estudo frente ao estresse causado pelo câncer de mama, pois elas podem representar uma tentativa de repor o autodomínio dessas mulheres, trazendo melhor ajustamento. Assim, assumir esse tipo de postura frente à própria enfermidade pode fazer a diferença, determinando prováveis desfechos clínicos e prognósticos mais favoráveis ou não.

A aplicação de instrumentos específicos e validados para avaliar o estresse e o enfrentamento assume importância, uma vez que, ao ser validados, os mesmos mensuram de fato aquilo que se propõem a medir. Já as especificidades de cada um permitem a identificação do estresse em fases determinadas e do tipo específico de enfrentamento, o que possibilita a intervenção por parte dos profissionais em estágios iniciais, que devem atuar pontualmente em cada período.

Apesar de contar com uma amostra pequena, acredita-se que o estudo possa fornecer subsídios e potencialidade de aplicação dos seus achados para profissionais da saúde em geral, permitindo intervenções mais qualificadas e que possibilitem a compreensão de que a mulher que enfrenta o câncer de mama, geralmente, atravessa períodos bastante estressantes, podendo superar este desafio com sucesso, desde que seja direcionada adequadamente.

Somado a isso, o estudo pode fornecer direção a pesquisas futuras com populações mais amplas, tanto de abrangência nacional quanto internacional, que relacionem estresse a câncer de mama, não apenas como fator etiológico, mas como processo que precisa ser enfrentado desde o diagnóstico até o tratamento.

As respostas a essas questões poderão contribuir para a qualidade da assistência a essas pacientes, bem como para construção do conhecimento em enfermagem, pois, para assistir o paciente, independentemente de sua patologia, é relevante que o enfermeiro construa conhecimentos acerca do tema.

REFERÊNCIAS

1. Barreto RAS, Suzuki K, Lima MA, Moreira AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. Rev Eletr Enferm. [serial in the internet]. 2008 [cited 2010 Apr 10]; 10(1):110-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>
2. Lipp MEN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
3. Linch GFC, Guido LA, Pitthan LO, Lopes LFD. Stressors identified for the patient submitted to myocardial revascularization and percutaneous transluminal coronary angioplasty - quantitative study. Online Braz J Nurs. [serial on the Internet]. 2008 [cited 2011 Dec 12]; 7(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1432/371>
4. Leite MF, Collet N, Gomes IP, Kusamoto LHMCC. Coping with chronic condition in by family caregivers: a qualitative research. Online Braz J Nurs. [serial on the Internet]. 2010 [cited 2011 Dec 12]; 9(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2010.3147/709>
5. Souza JN, Chaves EC, Caramelli P. Coping in aged people with Alzheimer's disease. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(1): 93-9.
6. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psicol Teoria Pesqui. 2001; 17(3): 225-34.
7. Lipp MEN, Guevara AJH. Validação empírica do inventário de sintomas de stress. Est Psicol. 1994; 3(11): 43-9.
8. Instituto Nacional Do Câncer (INCA). Estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
9. Schnur JB, Montgomery GH, Hallquist MN, Goldfarb AB, Silverstein JH, Weltz CR, et al. Anticipatory psychological distress in women scheduled for diagnostic and curative breast cancer surgery. Int J Behav Med. 2008; 15: 25-8.
10. Jingzhi L, Lambert VA. Coping strategies and predictors of general well-being in women with breast cancer in the people's Republic of China. Nurs Health Sci. 2007; 9:199-204.
11. Yang HC, Brothers BM, Andersen BL. Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping. Ann Behav Med. 2008; 35: 188-97.
12. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
13. Cooper CL, Faragher EB. Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. Psychol Med. 1993; 23: 653-62.
14. Aquino VV, Zago MMF. The meaning of religious beliefs for a group of cancer patients during rehabilitation. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(1): 42-7.
15. Sherliker L, Steptoe A. Coping with new treatments for cancer: a feasibility study of daily diary measures. Patient Educ Couns. 2000; 40(1):11-9.

Recebido:02/01/2012

Aprovado:13/07/2012

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

- 1 Pricilla Cândido Alves: Concepção e desenho da pesquisa, análise e interpretação, escrita do artigo, coleta dos dados e revisão crítica do artigo.
- 2 Míria Conceição Lavinias Santos: Concepção e desenho de pesquisa, análise e interpretação, revisão crítica e aprovação final do artigo.
- 3 Ana Fátima Carvalho Fernandes: Concepção e desenho de pesquisa, análise e interpretação, aprovação final e revisão bibliográfica.