

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI**

DISSERTAÇÃO

**Intervenções psicossociais para adesão e persistência à Terapia Endócrina
Adjuvante e preditores psicossociais: uma revisão sistemática de ensaios clínicos
randomizados**

Ana Paula Moreira Oliveira Queiroz

Seropédica/RJ

Julho de 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA ADESÃO E PERSISTÊNCIA À
TERAPIA ENDÓCRINA ADJUVANTE E PREDITORES PSICOSSOCIAIS:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE ENSAIOS CLÍNICOS RANDOMIZADOS**

ANA PAULA MOREIRA OLIVEIRA QUEIROZ

Sob orientação da Professora

Dr^a. Jaqueline Rocha Borges dos Santos

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós-graduação em Psicologia.

Seropédica/RJ

Julho de 2024

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Q3i

Queiroz, Ana Paula Moreira Oliveira, 1995-

Intervenções psicossociais para adesão e persistência à Terapia Endócrina Adjuvante e preditores psicossociais: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados / Ana Paula Moreira Oliveira Queiroz. - Seropédica, 2024.

121 f.

Orientadora: Jaqueline Rocha Borges dos Santos.

Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2024.

1. Câncer de mama. 2. Fatores psicossociais de adesão ao tratamento. 3. Intervenções psicossociais.

I. Santos, Jaqueline Rocha Borges dos, 1975-, orient.
II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.
Programa de Pós-graduação em Psicologia III. Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANA PAULA MOREIRA OLIVEIRA QUEIROZ

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no curso de Pós-graduação em Psicologia/UFRRJ.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 06/07/2024

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Rocha Borges dos Santos
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Lilian Maria Borges
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Valdinei Santos de Aguiar Júnior
Universidade Estácio de Sá

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho não teria ganhado forma sem o apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, agradeço ao meu Deus, por me capacitar e me fazer enxergar o quão maravilhoso é viver os Teus sonhos.

Minha orientadora, Professora Doutora Jaqueline Rocha Borges dos Santos, muito obrigada pela paciência, dedicação e motivação nesse processo. A senhora é luz em minha trajetória.

Às Bibliotecárias Doutora Maria Eduarda Puga (UNIFESP) e Neide Verçosa (IPUB/UFRJ), obrigada pela disponibilidade! Gracielle (UFRRJ), agradeço todo seu empenho na busca de uma bibliotecária que pudesse me ajudar.

Aos professores da banca de avaliação, Dr. Valdinei Santos de Aguiar Júnior, Dr^a. Lilian Maria Borges e Dr. Ronald Ericeira, obrigada pela contribuição nesse processo.

Agradeço à minha família, especialmente ao meu esposo, Leonardo. Obrigada por entender minhas ausências, por me apoiar com palavras e atitudes e por ser meu maior incentivador a permanecer neste caminho. Amo-te!

RESUMO

Ana Paula Moreira Oliveira Queiroz. **Intervenções psicossociais para adesão e persistência à Terapia Endócrina Adjuvante e preditores psicossociais: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados.** Seropédica, 2024. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O câncer de mama (CM) é o tipo de câncer mais prevalente em mulheres, apresentando elevado número de casos e óbitos. Visando a diminuição desses números, estratégias de enfrentamento são utilizadas, como o rastreamento e diagnóstico precoce. Contudo, o cenário no Brasil não é favorável e as pacientes ainda enfrentam desafios para realizar o exame de rastreio e iniciar o tratamento, quando diagnosticadas com a doença. Além disso, quando iniciado, a taxa de adesão ao tratamento é abaixo do ideal, sobretudo da Terapia Endócrina Adjuvante (TEA), de modo que diversos preditores estão envolvidos, como os fatores psicossociais. Por se tratar de uma doença que influencia todo o contexto de vida da mulher, intervenções que visem melhorar as taxas de adesão ao tratamento ou os fatores psicossociais envolvidos, precisam ser consideradas para que esse problema seja suprido. As Intervenções Psicossociais (IP) têm se mostrado promissoras em diferentes contextos. Diante disso, esse trabalho foi dividido em três capítulos. O capítulo I tem como objetivo definir conceitos sobre o CM para melhor entendimento posterior do trabalho, além de retratar o cenário do rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do CM no Brasil. O capítulo II trata-se de uma revisão de escopo abrangente que teve como objetivo definir os fatores psicossociais envolvidos no processo de adesão e/ou persistência à TEA, quimioterapia e radioterapia. Por fim, o capítulo III é uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, que sintetizou as IPs disponíveis na literatura para melhorar a adesão à TEA bem como os fatores psicossociais descritos no capítulo II.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias. Intervenção psicossocial. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Ana Paula Moreira Oliveira Queiroz. **Psychosocial interventions for adherence and persistence to Adjuvant Endocrine Therapy and psychosocial predictors: a systematic review of randomized clinical trials.** Seropédica, 2024. Master's dissertation. Postgraduate Program in Psychology. Federal Rural University of Rio de Janeiro.

Breast cancer (BC) is the most prevalent type of cancer in women, with a high number of cases and deaths. Aiming to reduce these numbers, coping strategies are used, such as screening and early diagnosis. However, the scenario in Brazil is not favorable and patients still face challenges in undergoing screening tests and starting treatment when diagnosed with the disease. Furthermore, when initiated, the adherence rate to treatment is below ideal, especially Adjuvant Endocrine Therapy (TEA), so that several predictors are involved, such as psychosocial factors. As it is a disease that influences the entire context of a woman's life, interventions that aim to improve treatment adherence rates or the psychosocial factors involved need to be considered so that this problem can be addressed. Psychosocial Interventions (PI) have shown promise in different contexts. Therefore, this work was divided into three chapters. Chapter I aims to define concepts about CM for a better later understanding of the work, in addition to portraying the scenario of screening, early diagnosis and treatment of CM in Brazil. Chapter II is a comprehensive scoping review that aimed to define the psychosocial factors involved in the process of adherence and/or persistence of ASD, chemotherapy and radiotherapy. Finally, chapter III is a systematic review of randomized clinical trials, which summarized the PIs available in the literature to improve adherence to ASD as well as the psychosocial factors described in chapter II.

Keywords: Breast neoplasms. Psychosocial intervention. Treatment adherence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	37
Figura 2 - Fluxograma de identificação, triagem e seleção dos trabalhos.....	89
Figura 3 - Avaliação do risco de viés.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representação esquemática dos fatores de risco para o câncer de mama.....	17
Quadro 2 - Fatores psicossociais encontrados de forma mais consistente.....	39
Quadro 3 - Classificação de acordo com as cinco dimensões da OMS.....	41
Quadro 4 - Fatores psicossociais e sua influência na adesão e/ou persistência à quimioterapia	41
Quadro 5 - Fatores psicossociais e sua influência na adesão e/ou persistência à radioterapia.....	42
Quadro 6 - Fatores psicossociais e sua influência na adesão e/ou persistência à TEA...42	
Quadro 7- Características dos estudos incluídos.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CM - Câncer de Mama

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ECR - Ensaio Clínico Randomizado

HER2 – Receptor 2 do Fator de Crescimento Epidérmico Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IP – Intervenção Psicossocial

ISPOR - International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research

JBI - Joanna Briggs Institute

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – População, Contexto e Conceito

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PROSPERO - Prospective Register of Systematic Reviews

RE – Receptores de Estrogênio

RP - Receptores de Progesterona

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TE – Terapia Endócrina

TEA – Terapia Endócrina Adjuvante

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
ARTIGO I - Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama: cenário do Brasil.....	14
RESUMO	14
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 MÉTODOS.....	16
3 FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA	16
4 RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	18
5 TIPOS DE CÂNCER DE MAMA E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS.....	22
6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	24
7 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS	26
ARTIGO II - Fatores psicossociais como barreiras e facilitadores de adesão e persistência ao tratamento do câncer de mama: uma revisão de escopo	32
RESUMO	32
1 INTRODUÇÃO.....	33
2 MÉTODOS.....	35
3 RESULTADOS.....	36
4 DISCUSSÃO.....	45
5 CONCLUSÃO.....	49
6 CONFLITOS DE INTERESSE.....	50
7 FINANCIAMENTO.....	50
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	58
Apêndice I: Estratégia de busca geral detalhada e estratégia para cada base de dados e literatura cinzenta.	58
Apêndice II: Características dos estudos incluídos	68
ARTIGO III - Intervenções psicossociais para adesão à Terapia Endócrina Adjuvante e preditores psicossociais: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados	82
RESUMO	82
1 INTRODUÇÃO.....	83

1.1	Objetivos.....	85
2	MÉTODOS.....	85
2.1	Protocolo e registro.....	85
2.2	Estratégia de pesquisa e critérios de elegibilidade	85
2.3	Seleção dos estudos	87
2.4	Processo de coleta de dados.....	87
2.5	Risco de viés nos estudos incluídos.....	88
3	RESULTADOS.....	88
3.1	Buscas e seleção dos trabalhos	88
3.2	Características gerais dos estudos incluídos.....	90
3.3	Características das participantes.....	97
3.4	Características das intervenções	98
3.5	Resultados dos estudos individuais – efeitos das intervenções.....	99
3.5.1	Desfechos primários - adesão e persistência à TEA.....	99
3.5.2	Desfechos secundários - fatores psicossociais de adesão e persistência	100
3.6	RISCO DE VIÉS	103
4	DISCUSSÃO.....	104
5	CONCLUSÃO.....	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
7	FINANCIAMENTO.....	108
8	CONFLITOS DE INTERESSE.....	108
	REFERÊNCIAS	108
	APÊNDICES	113
	Apêndice I. Estratégia de busca geral detalhada e estratégia para cada base de dados e literatura cinzenta.	113

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma condição caracterizada pelo crescimento descontrolado de células anormais da mama que formam tumores, podendo ainda chegar a metástases quando não controlados. É um tipo de câncer altamente incidente, podendo acometer mulheres de qualquer idade após a puberdade e até mesmo homens. Entretanto, o maior número de casos envolve mulheres na vida adulta (WHO, 2024). Diferentes condições podem aumentar o risco de a mulher desenvolver o CM, como estilo de vida, consumo de álcool, histórico familiar e aspectos relacionados à vida reprodutiva (Sun *et al.*, 2017)

O tratamento para o CM envolve por exemplo, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e Terapia Endócrina Adjuvante (TEA), e a escolha do plano terapêutico mais adequado é feito com base em diversas características, a saber, histológicas, patológicas e estágio da doença. Ainda, podem ser utilizados de maneira neoadjuvante, ou seja, antes da cirurgia da mama, ou de forma adjuvante, após a cirurgia da mama (Ministério da Saúde, 2024).

Os tratamentos diminuem a taxa de recorrência da doença, de mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida (Davies *et al.*, 2011; Lazzeroni *et al.*, 2023). Entretanto, apesar dos benefícios clínicos observados, a não persistência e a não adesão são comuns, sobretudo da TEA (Murphy *et al.*, 2012).

A adesão no contexto da saúde corresponde ao quanto uma pessoa cumpre as recomendações dadas pelo profissional de saúde em relação à dieta, uso de medicamentos e comparecimento a consultas e outros procedimentos médicos, por exemplo. Já a adesão medicamentosa, corresponde ao quanto o paciente cumpre o que foi estabelecido em uma prescrição terapêutica como a dose, período, horário e frequência (Sabaté 2001; Cramer *et al.*, 2008).

Diante disso, esse trabalho teve como objetivo buscar os fatores relacionados ao processo de adesão e persistência aos tratamentos do CM, bem como as intervenções psicossociais para aumentar as taxas de adesão e modificar os preditores envolvidos, além de trazer conceitos importantes para conscientização a respeito da doença e entendimento do trabalho. Portanto o trabalho foi dividido em três artigos, visando a posterior publicação.

O artigo I trata-se de uma revisão da literatura que inclui conceitos relacionados ao CM, como as formas de prevenção primária e secundária, principais tipos de tratamentos disponíveis, além de mostrar as taxas de rastreamento e questões relacionadas ao diagnóstico e início do tratamento no Brasil.

O artigo II é uma revisão de escopo, realizada a partir da metodologia do Instituto Joana Briggs (JBI), que buscou os fatores psicossociais envolvidos no processo de adesão e persistência aos tratamentos do CM, uma vez que esses podem ser modificados através de estratégias de intervenção, precedendo assim o capítulo III.

Por fim, o capítulo III é uma revisão sistemática de Ensaio Clínico Randomizado (ECR) que buscou sintetizar quais as intervenções psicossociais estão disponíveis para aumentar as taxas de adesão à TEA, tratamento com a menor taxa de adesão relatada, e ainda modificar os fatores psicossociais preditores. A partir desses estudos espera-se auxiliar os profissionais de saúde a compreenderem o processo enfrentado por seus pacientes, além de ajudá-los a encontrarem formas de superar as barreiras de adesão ao tratamento.

ARTIGO I - Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama: cenário do Brasil

RESUMO

O câncer de mama (CM) é o tipo de câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo. No Brasil, representa a primeira causa de óbitos por câncer. Medidas que visem melhorar esse cenário vem sendo adotada por diversos países, como o rastreamento e diagnóstico precoce. Entretanto, em alguns países o rastreamento não tem sido tão eficiente, como no Brasil, em que a cobertura mamográfica para a população alvo está abaixo dos 70% estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser considerada efetiva. A partir disso, esse estudo tem como objetivo principal reunir evidências sobre as taxas de rastreamento do CM no Brasil dos últimos anos, bem como os fatores envolvidos e as condições de diagnóstico e tratamento. Para tanto foi conduzida uma revisão da literatura a partir de uma busca elaborada nas bases de dados. Entre os anos de 2010 e 2019, a cobertura do rastreamento no Brasil foi de apenas 35%. Entre 2018 e 2019, os exames realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) englobaram apenas 23% da população alvo. Em 2020 e 2021 esses números caem para 17%. Essa queda se deve principalmente ao período da pandemia de Covid-19. Além disso, diversos fatores estão envolvidos na diminuição do rastreamento de modo geral, como barreiras de acesso aos serviços de saúde e menor conhecimento das mulheres sobre a importância do exame. Quanto ao diagnóstico e início do tratamento foi possível observar atrasos para aquelas pacientes que utilizam o SUS, ultrapassando o prazo de 60 dias previstos na Lei nº 12.732 de 2012. Mais estratégias que visem aumentar a taxa de rastreamento e diminuir o atraso no diagnóstico e início do tratamento precisam ser consideradas.

Palavras-chave: neoplasias mamárias, diagnóstico precoce, detecção precoce do câncer, triagem.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é o tipo de câncer que mais acomete e leva ao óbito mulheres no Brasil e no mundo, o que configura um grande problema de saúde pública. Sendo caracterizado pelo crescimento desordenado de células malignas em regiões como ductos e lobos mamários, é uma doença heterogênea que se apresenta desde a forma mais branda até a mais agressiva. Quando evolui para metástase, o CM alcança outros órgãos tal como fígado, ossos, pulmão e cérebro (INCA, 2021).

Todos os anos morrem aproximadamente 685.000 pessoas com CM a nível mundial. Com isso, esse tipo se torna o primeiro câncer mais diagnosticado e a quinta principal causa de óbito por câncer. De acordo com a estimativa global mais recente, de 2020, cerca de 2,3 milhões de mulheres foram diagnosticadas com CM, ultrapassando o câncer de pulmão que anteriormente era o mais diagnosticado. Esses dados representam 11,7% de todos os casos de câncer (Sung *et al.*, 2021).

No Brasil, a estimativa é de cerca de 74 mil novos casos de CM para cada ano do triênio 2023 a 2025. Quanto à mortalidade, o CM representa a primeira causa de óbito por câncer no país, com taxa de 16,1% no ano de 2021, sendo essa a última atualização. Em ambos os casos, a região Sudeste apresenta a maior prevalência (INCA, 2022).

Visando o controle do elevado número de casos e óbitos, diversas estratégias vêm sendo desenvolvidas e adotadas ao longo dos anos. São exemplos a adoção de medidas preventivas, campanhas de conscientização, e principalmente o diagnóstico precoce e o rastreamento. Para esse, a literatura tem mostrado ser uma medida eficaz para que o CM seja detectado em seu estágio mais inicial, fornecendo um melhor prognóstico e aumentando a taxa de sobrevida (Moss *et al.*, 2015).

A partir disso, diversos países implementaram programas de rastreamento para o CM, o que contribuiu para a diminuição da mortalidade e do número de casos avançados (Berry *et al.*, 2005; Broeders *et al.*, 2012). Entretanto, em outros países, como aqueles em desenvolvimento, o rastreamento não é tão eficiente, o que reflete em diagnósticos mais tardios e menor sobrevida. Esse cenário se dá, por exemplo, em razão das limitações econômicas no sistema de saúde (Vieira *et al.*, 2017).

Adicionalmente a isso, o rastreamento e o diagnóstico precoce não devem se bastar. Para aquelas mulheres diagnosticadas com CM, o tempo de início do tratamento também precisa ser considerado. Um intervalo de tempo maior que 61 dias entre o diagnóstico e início do tratamento, como da quimioterapia neoadjuvante, está relacionado a danos na sobrevida global (Gagliato *et al.*, 2020). Com isso, a tríade rastreamento,

diagnóstico precoce e o tempo para o início do tratamento, são cruciais para que a paciente com CM tenha mais chances de cura, maior tempo de sobrevivência e/ou melhor qualidade de vida.

Para tanto, o presente artigo tem o objetivo de revisar o cenário dos últimos anos do rastreamento do CM no Brasil, as condições de diagnóstico e tratamento, bem como os desafios enfrentados pela equipe de saúde e pelas pacientes nesse contexto. O trabalho ressalta ainda a importância da redução e conhecimento dos fatores de risco através das estratégias de prevenção e contribui para o entendimento dos diferentes conceitos, características da doença e possibilidades de tratamento.

2 MÉTODOS

O respectivo trabalho trata-se de uma revisão da literatura feita através de pesquisa bibliográfica exploratória e descritiva em bases de dados disponibilizadas de maneira eletrônica. O processo de busca foi feito de modo avançado utilizando termos controlados combinados com operadores booleanos, como AND, OR, conforme descrito a seguir: "Early Diagnosis" OR "Early Detection of Cancer" OR "Mass Screening" AND "Breast Neoplasms" AND "Brazil".

Foram utilizadas as bases MEDLINE (via PubMed), Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos trabalhos que abordassem o cenário do Brasil quanto ao rastreamento, diagnóstico precoce e início do tratamento, bem como as taxas e barreiras encontradas pelos pacientes e profissionais de saúde. Não houve restrições quanto à data de publicação dos estudos e idioma.

3 FATORES DE RISCO E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Não existe uma única causa para desenvolver o CM, de modo que diversas condições estão envolvidas no surgimento da doença. O conhecimento dos fatores de risco e prevenção estão incluídos dentro do modelo de prevenção primária, e a menor ou maior exposição a esses fatores formam um conjunto de ações com o objetivo de diminuir o risco de surgimento da doença (Lima *et al.*, 2022). Os fatores de risco podem ser divididos em três grupos, conforme especificado na Quadro 1, abaixo. De um modo geral, os fatores do primeiro grupo estão associados ao fato de a mulher vivenciar uma maior exposição ao estrogênio ao longo de sua vida, uma vez que células do CM podem se desenvolver através de hormônios sexuais femininos (Kashyap *et al.*, 2022).

Quadro 1 - Representação esquemática dos fatores de risco para o câncer de mama.

Aspectos reprodutivos da vida da mulher	Aspectos comportamentais e ambientais	Aspectos hereditários/genéticos
Menarca precoce e menopausa tardia	Prática de atividade física insuficiente	Histórico familiar de câncer de mama.
Uso de contraceptivos hormonais e terapia de reposição hormonal	Consumo de álcool e outros vícios	Mutação genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2.
Falha na amamentação	Envelhecimento natural	
Idade avançada para o primeiro filho ou não ter	Obesidade e/ou dieta desequilibrada	
Densidade das mamas	Tóxicos ambientais	

Fonte: Adaptado de Kashyap *et al.*, 2022.

De todos os fatores, os genéticos estão relacionados a uma pequena parte de todos os casos, enquanto os fatores ambientais e comportamentais, também chamados modificáveis, compreendem cerca de 80% a 90% dos casos restantes (INCA, 2011). Esses dois últimos por sua vez, são os principais motivos pelos quais a taxa de incidência do CM é maior em países com alto índice de desenvolvimento humano, indicando uma maior exposição e prevalência desses fatores de riscos nessas regiões mais desenvolvidas (Heer *et al.*, 2020).

Assim como o CM apresenta causas e fatores de risco multifatoriais, de igual modo a prevenção também precisa englobar diversos aspectos, para que assim, a mulher mantenha o risco de desenvolver a doença o mais baixo possível. Posto isso, recomenda-se que a mulher busque reduzir a exposição aos fatores de risco modificáveis e adote estratégias de prevenção, como um estilo de vida saudável, através da prática de atividade física de forma regular, controle do peso corporal, diminuição do consumo de álcool, além de dispor de uma alimentação balanceada (WCRF/AICR, 2018).

O conhecimento desses fatores constitui uma série de desafios para prevenção e rastreamento do CM. Um estudo avaliou o conhecimento que as mulheres possuíam a respeito dos fatores de risco para desenvolver o CM. Das 417 mulheres entrevistadas, um total de 339, 302 e 309 mulheres respectivamente, não conheciam que o excesso de peso após a menopausa, pouca ou nenhuma prática de atividade e não amamentar, estavam

relacionados a maiores riscos de desenvolver CM (Freitas; Weller, 2019). Na mesma perspectiva, outro trabalho realizou entrevistas com 635 mulheres, e após análise, chegou à conclusão de que existe uma relação positiva entre adotar comportamentos que diminuem os fatores de risco, como praticar atividade física e diminuir o consumo de álcool, com fazer mamografia, principal exame para o rastreamento do CM (Patrão *et al.*, 2021).

Compreender os fatores de risco pode levar à adoção de práticas preventivas e de promoção à saúde, além de aumentar a adesão ao rastreamento, que são pontos significativos não só para o CM, como também de outras doenças.

4 RASTREAMENTO, DIAGNÓSTICO PRECOCE E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Uma vez que se adotem estratégias de prevenção visando diminuir o número de casos, observa-se também a necessidade de adotar medidas que busquem reduzir o elevado número de óbitos. Desse modo, a prevenção secundária inclui o rastreamento e o diagnóstico precoce, sendo esses pontos cruciais para diminuir a taxa de mortalidade por CM, uma vez que buscam interromper o avanço da doença (Lima *et al.*, 2022).

No diagnóstico precoce os exames são realizados em pessoas com sintomas iniciais; ao passo que o rastreamento é feito em pessoas saudáveis, para identificar lesões sugestivas de câncer (INCA, 2015). Dessa forma, a mamografia é o método mais eficaz para triagem do CM (Coleman, 2017).

A mamografia, amplamente usada no rastreamento, é um exame de imagem considerado técnica padrão ouro na detecção da doença. Essa tem objetivo de identificar lesões pré-cancerígenas, antes que o nódulo possa ser sentido, assim o tratamento se inicia mais cedo aumentando as chances de cura. Portanto, a mamografia auxilia na redução da mortalidade, além de apresentar alta sensibilidade e baixo custo (Drukteinis *et al.*, 2013).

Em alguns outros países, assim como no Brasil, as diretrizes para detecção precoce do CM têm sido controversas. Por exemplo, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a mamografia bianual para mulheres entre 50 e 69 anos de idade, por considerar que realizar mamografia abaixo dos 40 anos de idade pode gerar resultados falsos positivos (Migowski *et al.*, 2018). Já a Sociedade Brasileira de Mastologia, o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomendam o rastreamento anual a partir dos 40 anos, com fortes evidências de estudos mostrando que começar o rastreamento nessa idade reduz de

forma considerável a taxa de mortalidade, uma vez que a doença também atinge mulheres mais jovens (Urban *et al.*, 2017).

No Brasil, o rastreamento do CM é realizado de forma oportunista, ou seja, é preciso que as pacientes procurem pelo exame nos serviços de saúde para que ele possa ser realizado. Apesar da idade alvo preconizada no país ser entre 50 e 69 anos de idade, a falta de consenso entre as instituições pode causar dúvidas entre as mulheres sobre qual a idade de fato é ideal para buscar e começar o rastreamento.

Para além da mamografia, outros exames estão disponíveis e podem auxiliar na investigação. Em mulheres mais jovens que ainda apresentam alta densidade das mamas, ou seja, possuem maior predomínio de tecido fibroso e glandular quando comparado ao tecido de gordura, a mamografia pode ter sua sensibilidade reduzida. Com isso, são associadas a ela outras técnicas complementares como a ultrassonografia, que proporciona melhor visualização, aumentando assim a sensibilidade do rastreamento (Alcântara *et al.*, 2014).

Como já dito, o rastreamento através da mamografia diminui consideravelmente o número de óbitos por câncer de mama uma vez que permite o diagnóstico precoce. Quanto mais cedo o CM é detectado, maior as chances de cura, uma vez que possibilita melhor resposta aos tratamentos, e assim, maior a taxa de sobrevivência (Tabar *et al.*, 2000). No entanto, o percentual de mulheres na idade alvo que realizam a mamografia tem mostrado variação, estando na maioria das vezes abaixo dos 70% estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para alcançar um resultado favorável na redução das taxas de mortalidade por CM (OMS, 2007).

Um trabalho utilizou como base de dados o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Produto Interno Bruto, no período de 2010 a 2019, e considerou os exames realizados no SUS e no sistema privado. De todos os exames realizados, apenas 58,6% foram feitos na população alvo. Dessa forma, a cobertura do rastreamento nesse período foi de apenas 35% (Coughi *et al.*, 2022).

De acordo com o MS, através de uma pesquisa realizada por meio de entrevistas telefônicas considerando apenas as capitais brasileiras e o Distrito Federal, em 2019 a cobertura mamográfica no país foi de 76,9%, diminuindo para 72,8% em 2021. Em contrapartida, a Pesquisa Nacional de Saúde, considerou todos os estados e não só as capitais. Dessa forma, a taxa de rastreamento na população alvo em 2019 foi estimada em cerca de 58,3%, com melhor cobertura nas regiões Sul e Sudeste (INCA, 2023).

Em relação aos exames realizados somente no SUS, entre os anos de 2018 e 2019, a mamografia de rastreamento englobou apenas 23% das mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Nos anos de 2020 e 2021, a baixa cobertura é mais agravante ainda, alcançando apenas 17% da população alvo. Nenhuma das cinco regiões brasileiras alcançaram 70% da taxa de cobertura de forma isolada. Novamente a região Sul apresentou a melhor cobertura, alcançando 32% e 21% da população alvo respectivamente, nos períodos 2018-2019 e 2020-2021 (Abrale, 2022). Em 2022 os números são maiores, porém permanecem abaixo do ideal, somente cerca de 65,9% das mamografias de rastreamento realizadas no SUS foram realizadas na população alvo (INCA, 2023).

Embora esses trabalhos avaliem somente o número de mamografias realizadas no sistema público de saúde, a maior parte da população feminina utiliza somente o SUS como recurso (Rosa *et al.*, 2020). Com isso, mesmo considerando o número de mamografias realizadas na rede privada, ainda assim não seria suficiente para elevar a taxa de rastreamento a um nível favorável.

Quanto à diminuição da cobertura mamográfica entre os anos de 2020 e 2021, se deu principalmente por conta da pandemia de COVID-19, período em que o isolamento social e a sobrecarga nos serviços de saúde diminuíram a oferta e a busca pelo exame. Diversos trabalhos mostram como a pandemia de COVID-19 impactou nas taxas de rastreamento do CM.

Um estudo analisou se houve diminuição do rastreio do CM em 2020, momento mais intenso da pandemia de COVID-19, quando comparado a 2019, em mulheres atendidas no SUS. Os dados sobre o número de mamografias foram extraídos do DATASUS, e a idade da população alvo foi extraída dos sites IBGE e Agência Nacional de Saúde. Os resultados mostraram que em 2020 houve uma diminuição do número de mamografias realizadas no SUS de 40% quando comparado a 2019. Em 2021, mesmo a cobertura voltando a subir, ainda assim se manteve 18% menor do que em 2019 (Rocha *et al.*, 2023).

Outro estudo mostrou que em 2020 houve uma queda de 42% no número de mamografias realizadas no SUS se intensificando a partir do mês de abril, quando comparado também a 2019 (Bessa, 2021). Esses dados também vão de encontro aos resultados do INCA, que mostra que em 2020 houve redução de 41% na quantidade de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 anos no SUS, quando comparada aos anos anteriores (INCA, 2023).

Para além da pandemia de COVID-19 que afetou a cobertura do exame nos anos de 2020 e 2021, outros fatores contribuem para o cenário de baixo rastreamento nos outros anos em geral. Um dos motivos é o fato das pacientes precisarem lidar com barreiras que limitam seu acesso aos serviços de saúde, que é o caso da desigualdade socioeconômica e na oferta do serviço. Questão essa que faz com que muitas mulheres tenham que se deslocar para fora de suas regiões e percorrer uma grande distância para conseguir realizar o exame.

De acordo com a avaliação da quantidade de mamografias realizada na população alvo entre os anos de 2008 e 2015, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste possuem o pior acesso ao exame, ao contrário da região Sudeste e parte do Sul (Bezerra *et al.*, 2018). Essa condição pode ser uma das razões pelas quais cerca de 77,6% das mulheres da região Norte, entre 40 e 69 anos de idade, nunca tenham realizado uma mamografia (Souza; Martins; Muller, 2023).

Nesse mesmo contexto, um estudo mostra que o país possui aparelhos suficientes para a demanda existente, porém, a distribuição geográfica dos mamógrafos é desproporcional à real necessidade de cada estado. Apesar disso, o mesmo estudo aponta que 94% da população alvo teve acesso ao exame, e mesmo assim, foram realizadas apenas 29% da capacidade total de produção das mamografias (Rodrigues *et al.*, 2019). Isso remete a outros fatores que também podem contribuir para o baixo rastreamento, como barreira econômica, falta de profissional, falha na organização dos serviços e na comunicação com a paciente, barreiras sociais e culturais, entre outras (Sarma, 2015).

Por conseguinte, o conhecimento insuficiente sobre a disponibilidade dos serviços de saúde e a importância do exame na redução das taxas de mortalidade, pode subestimar a necessidade do rastreamento e diagnóstico precoce. Em uma entrevista voltada para questões concernentes ao conhecimento sobre o rastreio do CM realizada com 202 mulheres que aguardavam consulta com mastologista, apenas 21,8% tinham o conhecimento de que a mamografia era o melhor método de rastreio do CM, bem como a idade e a frequência para realizá-la (Watanabe *et al.*, 2022).

Essa questão enfatiza a importância de se promover educação em saúde para que as mulheres se mantenham informadas quanto ao cuidado com seu próprio corpo. Cuidado esse que quando não priorizado, também se coloca como barreira para o baixo rastreamento. O fato de a mulher não se colocar em primeiro plano, devido principalmente à grande demanda que seu papel social exige, como trabalho e tarefas domésticas, contribui para que a paciente demore a buscar pelo serviço de saúde para realizar o exame.

Além desses, outros fatores contribuem para o baixo rastreamento, como o medo do diagnóstico e o sentimento de negação (Pinheiro *et al.*, 2019).

Diante do exposto, é possível observar que a cobertura mamográfica não apresenta uniformidade entre os diferentes estados e regiões brasileiras, de modo que variadas razões contribuem para esse cenário. Dessa forma, além da campanha outubro rosa, outras medidas de conscientização e adesão precisam ser consideradas e desenvolvidas para aumentar o desempenho do rastreio.

5 TIPOS DE CÂNCER DE MAMA E TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Uma vez que lesões foram identificadas na mamografia ou em exames complementares, deve ser feita a investigação diagnóstica através da biópsia, em que é possível obter o perfil histológico e classificação imuno-histoquímica. Pelo fato de o CM apresentar heterogeneidade em suas características, essa classificação se torna importante para guiar a conduta terapêutica mais adequada.

Segundo a classificação histológica, os CM podem ser classificados como carcinoma *in situ* ou carcinoma invasivo. De maneira que as células estão dentro ou espalhadas além do sistema ducto-lobular mamário, respectivamente. Os carcinomas *in situ* ainda podem ser subclassificados em lobular e ductal, sendo esse último mais comum. De modo complementar, os carcinomas invasivos apresentam principalmente subtipos como ductal infiltrante, lobular invasivo, tubular, medular e papilar (Malhotra *et al.*, 2010).

De acordo com a classificação molecular baseada em imuno-histoquímica, o CM é classificado em quatro grupos principais, a saber: luminal A, luminal B, Receptor do Fator de Crescimento Epidérmico Humano 2 (HER2) positivo e triplo negativo. Essa classificação se dá de acordo com a presença de receptores hormonais ou de proteínas, expressas pelas células luminas da mama (Sorlie *et al.*, 2001).

Os tumores luminas A e B, são caracterizados por apresentarem Receptores de Estrogênio (RE) e/ou Receptores de Progesterona (RP) na superfície das células (Prat; Ellis; Perou, 2012). O subtipo luminal A compreende cerca de 50% a 60% de todos os casos de CM. Apresentam maior expressão de receptores de estrogênio e proliferação celular mais lenta, ao contrário do subtipo B em que o crescimento celular é mais rápido (Carey, 2010).

A classificação HER2+ representa aqueles tumores que apresentam alta expressão da proteína HER2 em sua superfície. No que lhe diz respeito, também podem expressar

baixos níveis de RE. Ainda, o subtipo triplo negativo é aquele que não expressa receptores hormonais nem proteína HER2 (Perou *et al.*, 2000). Cabe ressaltar que a classificação molecular combinada com as características da paciente, estágio da doença e outros fatores, são essenciais na escolha da melhor estratégia de tratamento.

Atualmente, diversas abordagens estão disponíveis para o tratamento do CM, como cirurgia, quimioterapia, radioterapia e Terapia Endócrina (TE). No que se refere à cirurgia para o CM, existem dois tipos principais, a conservadora da mama e a mastectomia. Essa última consiste na retirada total da mama, enquanto na conservadora apenas o tumor e o tecido saudável ao seu redor são removidos. A escolha de qual será realizada na paciente é feita com base no tipo e estágio do tumor (Sharma *et al.*, 2010). Após a cirurgia, normalmente utiliza-se a radioterapia como forma de prevenir a recorrência do CM.

A radioterapia é um tratamento local, sendo recomendada como tratamento adjuvante após a cirurgia total, reconstrutora e principalmente conservadora da mama. Ela implica no uso de radiação hipofracionada que visa destruir células cancerígenas que restaram mesmo após a cirurgia (Cardoso *et al.*, 2019). Sendo assim, apresenta importante papel no controle da recidiva da doença e na redução da mortalidade. Os benefícios da radioterapia após cirurgia conservadora da mama se mostram relevantes. Essa por sua vez, diminui o risco de 10 anos da recorrência local, regional e distante em 15% e em 4% (Darby *et al.*, 2011).

Com relação à quimioterapia, esta é considerada um tratamento sistêmico e igualmente à radioterapia o médico pode dispor desse tratamento após a cirurgia, diminuindo de forma significativa o risco de recorrência local e regional. Ainda, a quimioterapia também pode ser utilizada antes da cirurgia, de forma neoadjuvante para redução da massa tumoral, proporcionando uma cirurgia menos extensa. Em mulheres que apresentam diagnóstico de CM triplo negativo, a quimioterapia neoadjuvante possibilita a conservação da mama em 53,2% das pacientes elegíveis para fazer mastectomia (Golshan *et al.*, 2020).

A partir disso, considera-se importante destacar que a quimioterapia tem seu efeito acentuado, sobretudo em tumores negativos para receptor hormonal, como HER2+ e triplo negativo, e naquelas pacientes com doença de alto risco (Clark *et al.*, 2008). Já aqueles tumores positivos para receptores hormonais, considera-se também outro tipo de tratamento.

A TE é a escolha padrão no tratamento do CM inicial positivo para RE e RP, sendo altamente eficaz para reduzir a recorrência da doença (Burstein *et al.*, 2019). Tal terapia é requerida ao bloqueio ou à diminuição dos níveis de estrogênio e progesterona a fim de induzir a regressão do tumor, uma vez que esses hormônios podem promover o crescimento de células do câncer na mama (Burstein *et al.*, 2014). Dessa forma, todos os cânceres do tipo luminal devem ser tratados com TE.

6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Nos últimos anos tornou-se evidente que atrasos no tratamento, seja ele neoadjuvante ou adjuvante, sistêmico ou local, são altamente prejudiciais para as pacientes, podendo comprometer o prognóstico (Trufelli *et al.*, 2015; Hanna *et al.*, 2020). No Brasil, a Lei nº 12.732 de 2012, que diz respeito ao primeiro tratamento para o CM, além de estabelecer o prazo para o seu início, visa garantir o acesso ao tratamento oncológico e diminuir esse atraso.

Para tanto, a paciente com CM tem direito a iniciar o primeiro tratamento pelo SUS, seja ele qual for, em até 60 dias após o diagnóstico, ou em um prazo menor, a depender da sua necessidade. Ainda, quando a principal hipótese diagnóstica é o CM, os exames de confirmação devem ser realizados no prazo máximo de 30 dias (BRASIL, 2012). No entanto, existem cenários em que essa lei não se faz cumprir.

Dados de um estudo de acompanhamento de casos de CM, que incluiu mulheres diagnosticadas em 2019 e 2020 de todo o Brasil, mostraram que dos 42.102 casos de CM diagnosticados em 2019 e 36.425 em 2020, cerca de 54,5% e 48,7% respectivamente, iniciaram o tratamento após os 60 dias desde o diagnóstico, fora prazo estabelecido pela lei. A demora em iniciar o tratamento era maior para aquelas pacientes mais velhas e para as que utilizavam o serviço fora de sua região (Nogueira *et al.*, 2020). Outro estudo que também analisou casos de CM no Brasil, com predominância na região Sudeste, aponta que em média o tempo entre o início do tratamento e o diagnóstico foi de 63 dias. Entretanto, dos 204.130 casos, 52,8% das pacientes tiveram atraso superior a esse tempo. Os autores relatam também que esse atraso vem crescendo de forma gradual ao longo dos anos (Medeiros *et al.*, 2020).

Nesse mesmo contexto, um estudo que analisou o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento encontrou intervalos longos para a maioria das mulheres. De 963 pacientes com prontuários cadastrados em três hospitais públicos da região Sudeste, 293 começaram o tratamento entre 8 e 12 semanas após o diagnóstico,

210 entre 12 e 24 semanas e 78 acima de 24 semanas, totalizando atraso em quase 60% das mulheres que aguardavam (Shafae *et al.*, 2022).

Adicionalmente a isso, um estudo transversal realizado em um estado da região Nordeste, também avaliou o acesso ao tratamento para mulheres diagnosticadas com CM. Cerca de 71% das mulheres tiveram atraso de mais de 60 dias entre o diagnóstico até o tratamento, sendo essas ainda em sua maioria diagnosticadas em estágios mais avançados (Sousa *et al.*, 2019).

Em contraste, um trabalho também analisou os dados de mulheres de todo o país, por um período de 14 anos, com o objetivo de identificar os fatores envolvidos no atraso do tratamento. Os resultados apontam que nesse período, cerca de 81,3% das mulheres conseguiram iniciar o tratamento antes dos 60 dias após o diagnóstico (Ferreira *et al.*, 2020).

No que se refere ao diagnóstico, um estudo prospectivo realizado em um hospital de referência no Rio de Janeiro, mostra que as pacientes aguardaram cerca de 5 meses entre a primeira consulta e o diagnóstico da doença. Ainda, 68,8% das pacientes tiveram atraso no diagnóstico, em que dessas, 24,5% tiveram atraso entre 3 e 6 meses. Esse atraso é quase quatro vezes maior quando comparada às mulheres que buscaram pelo diagnóstico na rede privada (Medeiros *et al.*, 2019).

Demais autores relatam que um dos fatores que contribuem para o atraso do diagnóstico no SUS, pode estar relacionado à falta de profissionais habilitados para realizar os procedimentos diagnósticos (Tomazelli *et al.*, 2017). Em concordância, quando comparado mulheres atendidas no sistema privado e no SUS, a maior parte dos casos de CM em estágio I e estágio III, corresponde a mulheres com planos privados e públicos, respectivamente, evidenciando estágios mais avançados para aquelas que aguardam por mais tempo (Rosa *et al.*, 2020).

Por fim, outro estudo que analisou 132,621 casos de diferentes tipos de câncer, incluindo o CM, mostrou que pacientes recebendo tratamento pelo SUS, apresentam menor sobrevida global quando comparados àqueles atendidos no sistema privado. Essa diferença se dá, por exemplo, pelo pior acesso ao rastreamento que favorece um diagnóstico mais tardio, e pela demora existente entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento (Giacomazzi *et al.*, 2023). A partir disso, percebe-se que o atraso no diagnóstico e início do tratamento, igualmente ao rastreamento, podem estar atrelados a desigualdades nos serviços de saúde.

7 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo primário revisar o cenário do rastreamento mamográfico no Brasil e as razões envolvidas, bem como o tempo de espera para o diagnóstico e o intervalo para iniciar o primeiro tratamento para o CM. Como visto, existe um mecanismo multifacetado que faz com que a cobertura do programa de rastreamento seja abaixo do ideal. Além disso, o início do tratamento tem sido superior ao estabelecido por lei.

Entretanto, mesmo que os prazos e as taxas ainda não sejam o ideal, e com todos os desafios enfrentados pela equipe de saúde e principalmente pelas pacientes, é possível observar que as questões que envolvem o câncer não têm passado despercebidas, e que é possível aprimorar esse cenário. Recentemente foi aprovada a Lei nº 14.758 de 2023, que cria a Política Nacional de prevenção, controle e enfrentamento do câncer no SUS, além de criar o programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer. Essa, é mais uma vitória de um avanço que precisa ser constante.

Mais estratégias com objetivo de reduzir as desigualdades nos serviços de saúde precisam ser adotadas, para que dessa forma o país alcance o maior número possível de diagnóstico precoce e a diminuição do número de óbitos por CM. Todavia, as políticas já existentes também precisam de fato funcionar, e o acesso ao serviço de saúde não pode estar limitado à sua utilização. Na verdade, a utilização deve ser oferecida de modo adequado e eficiente, para que as mulheres e todos os outros gozem de seu pleno direito de acesso à saúde.

Por fim, vale ressaltar que para esse trabalho foi realizada uma busca mais elaborada nas bases de dados, com descritores controlados e operadores booleanos. Contudo, essa revisão de literatura não apresenta natureza sistemática, tendo como objetivo somente resumir de forma qualitativa as evidências sobre o tema. Portanto, não foram incluídos todos os trabalhos existentes e a qualidade dos estudos também não foi avaliada.

REFERÊNCIAS

ABRALE, 2022. Panorama da atenção ao câncer de mama no sistema único de saúde. Relatório elaborado pelo Departamento de Pesquisa da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – Abrale, SÃO PAULO. Disponível em: <https://panoramacancerdemama.com.br/relatorio-completo.pdf>. Acesso em: 02/12/2023.

- ALCANTARA, D. *et al.* Molecular imaging of breast cancer: present and future directions. **Frontiers in Chemistry**, v. 18, n. 2, p. 1- 11, 2014.
- BERRY, D. A. *et al.* Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Collaborators. Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 17, p. 1784-1792, 2005.
- BESSA, J. F. Breast imaging hindered during covid-19 pandemic, in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 8, p. 1-8, 2021.
- BEZERRA, H. S. *et al.* Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. 1-9, 2018.
- BRASIL, **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2012/lei/112732.htm. Acesso em: 01 dez. 2023.
- BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.758-de-19-de-dezembro-de-2023532172581>. Acesso em: 04 jan. 2024.
- BROEDERS, M. *et al.* The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. **Journal of Medical Screening**, v. 19, n. 1, p.14-25, 2012.
- BURSTEIN, H. J. *et al.* Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline focused update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 21, p. 2255-2269, 2014.
- BURSTEIN, H. J. *et al.* Estimating the benefits of therapy for early stage breast cancer: the st gallen international consensus guidelines for the primary therapy of early breast cancer 2019. **Annals of Oncology**, v. 30, n. 10, p. 1541—1557, 2019.
- CARDOSO, F. *et al.* Early breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 30, n. 8, p. 1194-1220, 2019.
- CAREY, L. A. Through a glass darkly: advances in understanding breast cancer biology, 2000-2010. **Clinical Breast Cancer**, v. 10, n. 3, p. 188–195, 2010.
- CLARKE, M. *et al.* Adjuvant chemotherapy in oestrogen receptor-poor breast cancer: patient-level meta-analysis of randomised trials. **Lancet**, v. 371, n. 9606, p. 29-40, 2008.

COLEMAN, C. Early detection and screening for breast cancer. **Seminars in Oncology Nursing**, v. 33, n. 2, p. 141-155, 2017.

CRAMER, J. A. *et al.* Medication compliance and persistence: terminology and definitions. **Value Health**, v. 11, n. 1, p. 44-47, 2008.

CUOGHI, I. C. *et al.* 10-year opportunistic mammographic screening scenario in Brazil and its impact on breast cancer early detection: a nationwide population-based study. **Journal of Global Health**, v. 12, p. 1-9, 2022.

DARBY, S. *et al.* Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. **Lancet**, v. 378, n. 9804, p. 1707-1716, 2011.

DAVIES, C. *et al.* Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level metaanalysis of randomised trials. **Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 771-784, 2011.

DRUKTEINIS, J. S. *et al.* Beyond mammography: new frontiers in breast cancer screening. **American Journal of Medicine**, v. 126, n. 6, p. 472-479, 2013.

FERREIRA, N. A. S. *et al.* Waiting Time between Breast Cancer Diagnosis and Treatment in Brazilian Women: An Analysis of Cases from 1998 to 2012. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 1-10, 2020.

FREITAS, A. G. Q.; WELLER, M. Women's knowledge about risk factors of breast cancer in a Brazilian community. **Women Health**, v. 59, n. 5, p. 558-568, 2019.

GAGLIATO D. M. *et al.* Impact of Delayed Neoadjuvant Systemic Chemotherapy on Overall Survival Among Patients with Breast Cancer. **Oncologist**, v. 25, n. 9, p. 749-757, 2020.

GIACOMAZZI, J. *et al.* Cancer survival (SURVCANCER BRAZIL): Analysis of 132,621 cases from 19 hospital-based registries in southernmost Brazilian state comparing public and private insurance. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 6, p. 6632, 2023.

GOLSHAN, M. *et al.* Breast conservation after neoadjuvant chemotherapy for triple-negative breast cancer. **JAMA Surgery**, v. 155, n. 3, p. 1-8, 2020.

HANNA, T. P. *et al.* Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, v. 371, p. 1-11, 2020.

HEER, E. *et al.* Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 8, p. 1027-1037, 2020.

INCA 2023. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro. DADOS E NÚMEROS SOBRE CÂNCER DE MAMA Relatório anual 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/relatorio_dados-e-numeros-ca-mama-2023.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.

INCA, 2011. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – Rio de Janeiro. ABC do câncer. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf. Acesso em: 04 nov. 2023.

INCA, 2015. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – Rio de Janeiro. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/874938/relatorio_ddt_cancer_mama_final.pdf. Acesso em: 01 dez. 2023.

INCA, 2021. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – Rio de Janeiro. Detecção precoce do câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2023.

INCA, 2022. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - Rio de Janeiro. Atlas da mortalidade. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade> Acesso em: 04 nov. 2023.

KASHYAP, D. *et al.* Global increase in breast cancer incidence: risk factors and preventive measures. **BioMed Research International**, v. 2022, p. 1-16, 2022.

LAZZERONI, M. *et al.* Randomized placebo controlled trial of low-dose tamoxifen to prevent recurrence in breast noninvasive neoplasia: A 10-year follow-up of TAM-01 study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 17, p. 3116-3121, 2023.

LIMA, G. S. O. *et al.* Câncer de mama prevenção primária e secundária. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 41, n. 2, p. 78-84, 2022.

MALHOTRA, G. K. *et al.* Histological, molecular and functional subtypes of breast cancers. **Cancer Biology & Therapy**, v. 10, n. 10, p. 955-960, 2010.

MEDEIROS, G. C. *et al.* Factors Associated with Delay between Diagnosis and Initiation of Breast Cancer Treatment: a Cohort Study with 204,130 Cases in Brazil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 3, p. 1-11, 2020.

MEDEIROS, G.C.; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Delay in breast cancer diagnosis: a Brazilian cohort study. **Public Health**, v. 167, p. 88-95, 2019.

MIGOWSKI, A. *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-15, 2018.

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Câncer de Mama, 2024. Acesso em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2024/RRPCDTCncerdeMama_CP.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.

MOSS, S. M. *et al.* Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality in the UK Age trial at 17 years' follow-up: a randomised controlled trial. **The Lancet Oncology**, v. 16, n. 9, p. 1123-1132, 2015.

- MURPHY, C. C. *et al.* Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 134, n. 2, p. 459–478, 2012.
- NOGUEIRA, M. C. *et al.* Frequency and factors associated with delay in breast cancer treatment in Brazil, according to data from the Oncology Panel, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 1, p. 1-14, 2023.
- OMS, 2007. Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 3: Early Detection. Geneva: World Health Organization; 2007 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716262>. Acesso em: 05 jan. 2024.
- PATRÃO, A. L. *et al.* Healthy lifestyle behaviors and the periodicity of mammography screening in Brazilian women. **Womens Health**, v. 17, p. 1-8, 2021.
- PEROU, C. M. *et al.* Molecular portraits of human breast tumours. **Nature**, v. 406, n. 6797, p. 747-752, 2000.
- PINHEIRO, C. P. O. *et al.* Procrastination in the early detection of breast cancer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 237-244, 2019.
- PRAT, A.; ELLIS, M. J.; PEROU, C. M. Practical implications of geneexpression-based assays for breast oncologists. **Nature Reviews Clinical Oncology**, v. 9, n. 1, p. 48–57, 2012.
- ROCHA, A. F. B. M. *et al.* COVID-19 and Breast Cancer in Brazil. **International Journal of Public Health**, v. 68, p. 1-7, 2023.
- RODRIGUES, D. C. N. *et al.* Difficult Access and Poor Productivity: Mammography Screening in Brazil. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 20, n. 6, p. 1857-1864, 2019.
- ROSA, D. D. *et al.* The impact of sociodemographic factors and health insurance coverage in the diagnosis and clinicopathological characteristics of breast cancer in Brazil: AMAZONA III study (GBECAM 0115). **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 183, n. 3, p. 749-757, 2020.
- SABATÉ, E.; World Health Organization. Non communicable Diseases and Mental Health Cluster. (2001). Adherence to long-term therapies : policy for action : meeting report. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/66984>. Acesso: 29 mai 2024.
- SARMA, E. A. Barriers to screening mammography. **Health Psychology Review**, v. 9, n. 1, p. 42–62. 2015
- SHAFABEE, M. N. *et al.* Breast Cancer Treatment Delay in SafetyNet Health Systems, Houston Versus Southeast Brazil. **The Oncologist**, v. 27, n. 5, p. 344–351, 2022.
- SHARMA, G. N. *et al.* Various types and management of breast cancer: an overview. **Journal of advanced pharmaceutical technology & research**, v. 1, n. 2, p. 109, 2010.

- SORLIE, T. *et al.* Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 98, n. 19, p. 10869-10874, 2001.
- SOUSA, S. M. M. T. *et al.* Access to treatment of women with breast cancer. **Saúde debate**, v. 43, n. 122, p. 727-741, 2019.
- SOUZA, N. C.; MARTINS, C. M.; MULLER, E. V. Avaliação do rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 9, 27328–27341, 2023.
- SUN, Y. S. *et al.* Risk factors and preventions of breast cancer. **International Journal of Biological Sciences**, v. 13, n. 11, p. 1387-1397, 2017.
- SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.
- TABAR, K. *et al.* The Swedish Two-County Trial Twenty years later. Updated mortality results and new insights from long-term follow-up Radiol. **Medical Clinics of North America**, v.38, p. 625-651, 2000.
- TOMAZELLI, J. G.; SILVA, G. A. Breast cancer screening in Brazil: an assessment of supply and use of Brazilian National Health System health care network for the period 2010-2012*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 713-724, 2017.
- TRUFELLI, D. C. *et al.* Adjuvant treatment delay in breast cancer patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 5, p. 411-416, 2015.
- VIEIRA, R. A. C. *et al.* Breast cancer screening in developing countries. **Clinics**, v. 72, n. 4, p. 244-253, 2017.
- WATANABE, A. Y. *et al.* Awareness of Self-Examination, Screening, and Risk Factors for Breast Cancer Among Women Awaiting Care at the Outpatient Clinic of a Mastology Unit. **Journal of Cancer Education**, v. 37, n. 3, p. 829-833, 2022.
- WCRF/AICR 2018. World Cancer Research Fund International. Diet, nutrition, physical activity and breast cancer. Disponível em: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Breast-cancer-report.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2024. Breast cancer. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/breastcancer#:~:text=Breast%20cancer%20cells%20begin%20inside,that%20cause%20lumps%20or%20thickening>. Acesso em: 29 jun. 2024.

ARTIGO II - Fatores psicossociais como barreiras e facilitadores de adesão e persistência ao tratamento do câncer de mama: uma revisão de escopo

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi buscar os fatores psicossociais que estão associados à adesão e a persistência nos tratamentos do Câncer de Mama (CM). A adesão e a persistência são de grande importância para a eficácia do tratamento proposto. Danos à saúde da mulher e à instituição de saúde podem ser vistos quando o tratamento não é seguido de acordo com o recomendado. Porém, a adesão é um processo complexo que envolve diversos fatores. Já é conhecido que fatores demográficos e clínicos também estão envolvidos nesse percurso. Entretanto, considerando o impacto negativo do diagnóstico e tratamento do câncer na vida da paciente, estudar os fatores psicossociais influentes pode levar ao surgimento de intervenções mais integrais, ampliadas e assertivas. Para conduzir essa revisão de escopo foi utilizada a metodologia do Instituto Joanna Briggs e para relatar foi utilizado o checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Como critérios de inclusão foram considerados estudos que englobassem mulheres com CM não metastático e que avaliassem pelo menos um fator psicossocial envolvido na adesão e/ou persistência da quimioterapia, radioterapia ou Terapia Endócrina Adjuvante (TEA). Não houve limitações quanto ao idioma, ano e desenho de estudo. A partir de uma estratégia de busca sensível e específica em diversas bases de dados, literatura cinzenta e busca manual dos estudos elegíveis, foi feita a remoção das duplicatas e leitura do texto completo, sendo incluídos um total de 79 trabalhos. Após a extração e resumos dos dados, cerca de 94 fatores foram encontrados. Dentre esses, os mais consistentes foram o apoio social, variáveis relacionadas à equipe de saúde, sintomas depressivos e crenças positivas. Esse e outros fatores precisam ser considerados antes e durante o tratamento, para que a paciente possa alcançar uma melhor adesão e vivenciar esse processo da melhor forma.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias. Adesão à medicação. Fatores psicossociais.

1 INTRODUÇÃO

Devido ao crescente número de casos de Câncer de Mama (CM), o cuidado e a manutenção do tratamento são importantes para diminuir o risco de estágios avançados ou recidivas da doença. Além disso, para dispor dos benefícios do tratamento, a eficácia é fundamental. Nesse sentido, a adesão e a persistência são questões chave para os pacientes, visto que seguir com a terapia, de acordo com o recomendado, está diretamente ligado a um tratamento eficaz com resultados clínicos positivos (DiMatteo *et al.*, 2002).

A não adesão e não persistência podem causar prejuízos tanto em relação à saúde da paciente, quanto financeiramente, seja para ela ou para a instituição médica. Um maior número de hospitalizações, consultas médicas e gastos com reinício do tratamento, são consequências de uma má adesão e persistência. Ainda, pacientes com adesão abaixo do ideal podem sofrer progressão da doença e com isso utilizar mais os recursos de saúde (Mccowan *et al.*, 2013).

Se tratando da Terapia Endócrina Adjuvante (TEA), um dos tratamentos disponíveis para o CM, existe um risco de recaída de até 15 anos após o diagnóstico, mesmo a paciente utilizando a TEA pelo tempo recomendado, de cinco a dez anos (Kennecke *et al.*, 2007). Esse risco pode aumentar entre aquelas mulheres com menor exposição ao tratamento, vinculado com a não persistência ou não adesão à TEA (Hershman *et al.*, 2011). Nesse contexto, a adesão total aos cinco anos de TEA seria capaz de reduzir em pelo menos um terço as taxas de mortalidade por CM em 15 anos (Davies *et al.*, 2011). Portanto, claramente, a adesão e persistência da TEA são essenciais para que a paciente possa alcançar todos os benefícios esperados da terapia.

A International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) define a adesão como a ação de cumprir o que foi prescrito pelo profissional, em relação ao horário, dose e frequência com que se utiliza o medicamento. Já a persistência se refere ao ato de seguir o tratamento pelo período no qual foi recomendado. Desse modo, considera-se o tempo entre o início e a interrupção da terapia (Cramer *et al.*, 2008). Entretanto, a adesão e a persistência não são ao todo responsabilidade apenas do paciente. Na verdade, a vontade e responsabilidade do paciente em seguir com o tratamento, constitui apenas um dos diversos fatores envolvidos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a interação entre cinco pilares determina o processo da adesão ao tratamento, são eles: socioeconômicos, relacionados à equipe e ao sistema de saúde, relacionados à doença, ao tratamento e ao paciente (WHO, 2003). Dentro dessas cinco dimensões, existem os chamados fatores

psicossociais, sendo aqueles relacionados ao bem-estar social e psicológico do paciente, abrangendo tanto o individual como o interpessoal.

A partir de uma busca preliminar feita no PubMed das revisões sistemáticas e de escopo disponíveis na literatura, foi possível verificar que as outras revisões que buscaram estudar os fatores preditivos de adesão, em sua maioria, consideraram apenas um tipo de tratamento, a TEA (Liew *et al.*, 2014; Lin *et al.*, 2017; Moon *et al.*, 2017; Toivonen *et al.*, 2020). Embora a baixa adesão a TEA seja a mais frequente e preocupante, outros tratamentos também causam interferências na vida da paciente, apresentando igualmente risco para baixa adesão.

Um exemplo disso, é o fato da terapia contra o câncer de modo geral, desafiar a identidade e a feminilidade da mulher. Devido aos efeitos colaterais do tratamento como queda de cabelo, secura vaginal, perda da libido e aumento do sobrepeso, as mulheres podem apresentar imagem corporal negativa e menor desejo sexual. Isso resulta em problemas com o parceiro, insatisfação sexual e baixa autoestima (Marsh *et al.*, 2020). Mesmo adaptando-se ao longo do tempo, os impactos psicossociais negativos podem trazer consequências significativas para a vida da mulher. Esses fatores podem afetar a saúde física, o bem-estar mental, a qualidade de vida geral e sobretudo, a adesão ao tratamento.

Outro ponto importante a se considerar, é que além de incluir somente pacientes que utilizavam TEA, algumas das revisões disponíveis buscaram avaliar todos os fatores, incluindo características sociodemográficas, clínicas, custos com medicamentos e outras comorbidades (Murphy *et al.*, 2012; Yussof *et al.*, 2022; Yang *et al.*, 2023). Fatores estes bem conhecidos por estarem associados a uma baixa adesão e persistência. Porém, buscar compreender a percepção da paciente quanto ao tratamento, suas necessidades psicológicas e conexões sociais, ao invés dos fatores demográficos e clínicos, podem revelar resultados melhores no contexto de intervenções para adesão e persistência.

Somado a isso, enfrentar uma doença crônica como o câncer, muitas vezes estigmatizada quanto a estar “condenado à morte”, requer demandas emocionais e sociais. Para o CM, vivenciar esse processo desde o diagnóstico até o tratamento, resulta em sofrimento, angústias e incertezas. Mulheres com CM enfrentam preocupações quanto à mortalidade e seus papéis sociais, além de ansiedade e sintomas físicos devido ao tratamento ou da própria doença (Fafouti *et al.*, 2010).

Com isso, identificar os fatores psicossociais, que também são passíveis de modificação, considerando todos os tipos de tratamento, pode facilitar o desenvolvimento

de intervenções verdadeiramente efetivas, melhorando a adesão e a persistência, o que pode resultar em maior sobrevida e melhor prognóstico. Entender o porquê de as mulheres não estarem aderindo ou interrompendo de forma precoce, se tornam questões chaves para monitorar comportamentos de não adesão e não persistência. A partir disso, essa revisão de escopo tem como objetivo trazer uma atualização dos fatores psicossociais preditivos de adesão e persistência da TEA, além de incluir aqueles envolvidos nos outros tratamentos para o CM, como a quimioterapia e a radioterapia.

2 MÉTODOS

Para conduzir essa revisão de escopo foi utilizado como metodologia o Manual Instituto Joanna Briggs (JBI) para Síntese de Evidências, referente a revisão de escopo (Peters *et al.*, 2020). Para relatar a revisão foi utilizado a extensão do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA - ScR) para revisões de escopo (Tricco *et al.*, 2018). A questão de pesquisa foi construída a partir dos componentes do mnemônico População, Contexto e Conceito (PCC). Os objetivos, critérios de inclusão e métodos para esta revisão foram especificados antecipadamente.

Quanto aos critérios de inclusão, não houve limitação quanto à data de pesquisa bem como ao idioma e tipo de trabalho. Foram incluídos trabalhos que avaliaram fatores psicossociais preditivos de adesão e/ou persistência em mulheres com CM não metastático. Consideramos trabalhos que utilizaram instrumentos para medir os fatores e correlacionar com a adesão e/ou trabalhos que abordaram as experiências e perspectivas das mulheres e citaram pelo menos um fator preditivo. Nesta revisão, os fatores psicossociais considerados foram aqueles presentes no contexto do tratamento para o CM, como TEA, radioterapia e quimioterapia. Foram excluídos estudos que pesquisaram fatores associados à quimioprevenção do CM ou para CM metastático. As etapas que se seguem foram realizadas por dois revisores de forma independente e qualquer conflito foi resolvido por um terceiro revisor.

A busca foi realizada de modo a incluir os componentes definidos para o mnemônico PCC, sendo eles: mulheres com CM, tratamento adjuvante ou neoadjuvante e adesão e persistência ao tratamento. As palavras-chave para a estratégia de busca foram derivadas do vocabulário controlado MeSH e combinadas com operadores booleanos, conforme apresenta o apêndice I. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed, Cochrane Library, Embase, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PsycINFO, além das

bases de literatura cinzenta, a saber: BASE, Google scholar e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). Foi feita ainda a busca manual na lista de referência dos trabalhos elegíveis.

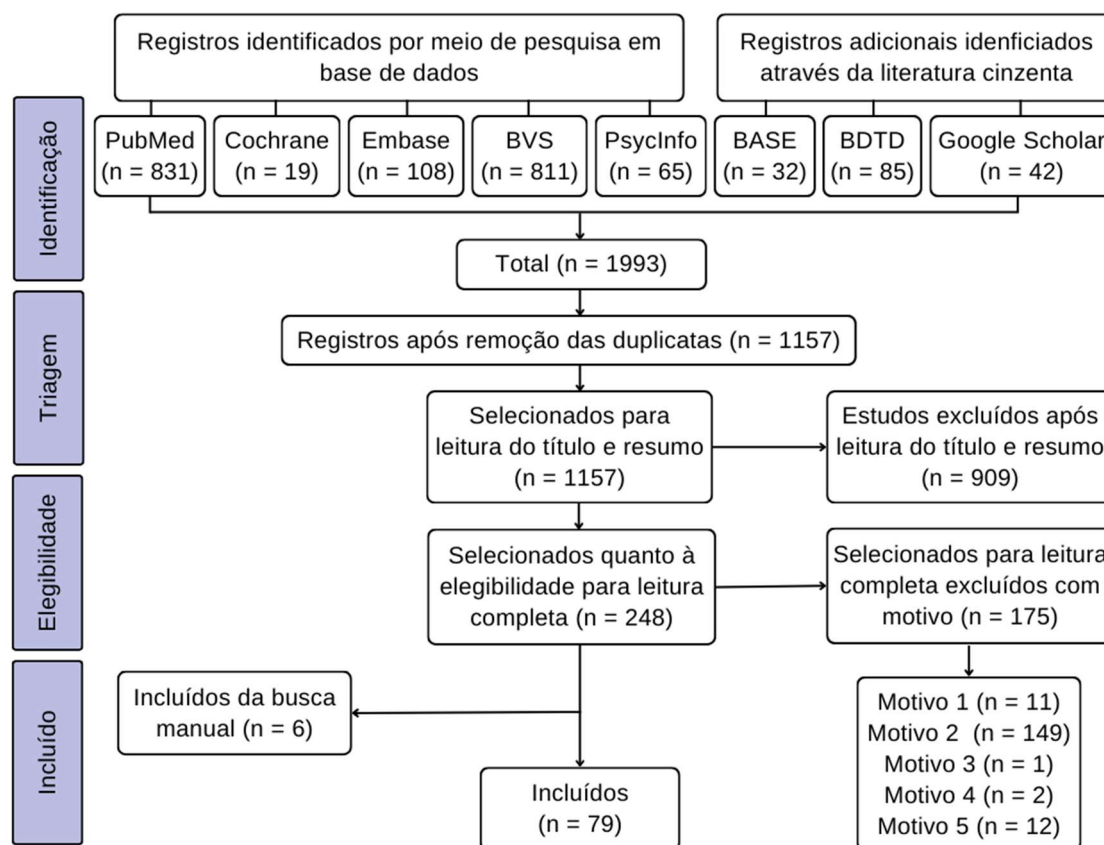
Para a triagem e seleção dos trabalhos incluídos foi utilizado o gerenciador de referências EndNote em sua versão online. Feita a busca nas bases de dados, os resultados foram extraídos para o gerenciador de referências. Após a remoção das duplicatas, os artigos irrelevantes foram removidos a partir da leitura do título e resumo. Para aqueles selecionados como potencialmente elegíveis, foi feita a leitura do texto completo e então incluídos na revisão aqueles que se enquadraram dentro dos critérios de inclusão.

Selecionados os trabalhos elegíveis, foi construída uma lista de extração de dados no Excel e testada inicialmente de modo a conferir se todas as informações necessárias estavam sendo extraídas dos trabalhos incluídos. A lista continha informações necessárias como autor, ano, país em que o estudo foi realizado, desenho de estudo, características da amostra, definição e formas de medir a adesão e persistência, fatores psicossociais avaliados e seus efeitos.

3 RESULTADOS

Inicialmente foram encontrados 1993 trabalhos nas bases de dados. Após remoção das duplicatas, 1157 foram avaliados pelo título e resumo, sendo excluídos 909. Dos 248 selecionados para leitura do texto completo, 175 foram excluídos, restando 73 elegíveis. Após a triagem das listas de referências dos estudos elegíveis, seis artigos adicionais foram selecionados, totalizando 79 trabalhos incluídos nesta revisão. Todo o processo de identificação, triagem e inclusão está detalhado na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Legenda: Motivo 1: Não incluíram mulheres com câncer de mama em estágio inicial em tratamento. Motivo 2: Não teve o objetivo de identificar fatores psicossociais/modificáveis para a adesão ao tratamento ou que investigaram outros tipos de fatores (sociodemográficos). Motivo 3: Investigou a adesão de outros tratamentos que não fossem para o câncer de mama. Motivo 4: Dados duplicados ou insuficientes. Motivo 5: Texto completo não disponível online/publicado. BVS: Biblioteca Virtual em Saúde. BASE: Bielefeld Academic Search Engine. BDTD: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

Fonte: Adaptado de PRISMA (2009).

Os trabalhos selecionados se referem aos anos de 1994 até 2023. Observa-se um aumento no número de publicações incluídas sobre fatores psicossociais entre os anos de 2014 e 2018, se mantendo estável até 2023. Dentre os países onde os estudos foram realizados, os Estados Unidos foi o país que mais apresentou pesquisas nessa temática, com 34 estudos publicados, seguido da Inglaterra e Canadá com 9 e 6 estudos publicados respectivamente. Quanto ao Brasil, apenas um estudo foi incluído. Apesar das buscas terem encontrado um número considerável de trabalhos, esses se restringiram a apenas fatores clínicos e demográficos, portanto, foram excluídos.

De modo geral, os objetivos dos trabalhos incluídos se concentraram em buscar os fatores psicossociais e a adesão e/ou persistência e descrever as experiências das

mulheres quanto ao uso de medicamentos e suas intenções de aderir e/ou persistir. O desenho de estudo transversal (n= 24) foi o mais utilizado, seguido do desenho longitudinal (n= 19) e revisões sistemáticas da literatura (n= 13).

Quanto às características das amostras, as revisões de literatura elegíveis para esse estudo, incluíram no total 437 trabalhos. O número de participantes incluídas nos demais estudos variou de 22 a 141457 pacientes. Para aqueles que declararam a idade média (n=55), essa esteve entre 35,6 anos e 77 anos. Na maioria dos estudos (n=32) a idade média foi entre 50 e 59 anos e as mulheres apresentavam doença em estágio I (n=26) e estágio II (n= 16). Os tratamentos a qual os trabalhos se referem são TEA, quimioterapia e radioterapia, sendo a TEA o tratamento mais utilizado, presente em 69 trabalhos. Dentre os tipos de TEA, os inibidores de aromatase e tamoxifeno foram os mais utilizados por 22 e 21 vezes respectivamente.

No que se refere à adesão e persistência, 35 estudos mediram a adesão, 4 mediram a persistência e 18 mediram os dois. A forma de medida mais utilizada foi o autorrelato, a extração de dados dos registros de farmácia e de prontuários médicos. A (não) adesão também foi chamada de início, aceitação, aderência, discordância, não recebimento e conformidade. Já a persistência, também foi chamada de descontinuação e interrupção. Porém, para fins de padronização, neste trabalho foi utilizado somente os termos adesão e persistência.

No que diz respeito à cobertura de adesão e persistência, para a TEA, a taxa de adesão variou de 41% - 99%, não adesão 7% - 51%, persistência 48,5% - 66,8% e não persistência 6,4% - 73%. Em relação à quimioterapia, a taxa de adesão e não adesão variou de 51,3% - 92,2% e 7,9% - 46,4% respectivamente. A não persistência variou de 5,2% a 11,9%. Para a radioterapia, foram encontrados resultados apenas para a não adesão, variando de 4,3% - 21,3% em três estudos. Todas as características dos estudos incluídos estão representadas no Apêndice II, na Quadro de extração de dados.

Além dos fatores sociodemográficos e clínicos, que não foram o foco deste trabalho, os fatores psicossociais mais consistentes, mais estudados foram relacionados com o apoio social, recebimento de informações, crenças de necessidade de uso, depressão e/ou sintomas depressivos, medo da recorrência, comunicação e relacionamento com o médico e tomada de decisão compartilhada. Os fatores mais consistentes, bem como seus efeitos na adesão e persistência e autores que os relataram, estão detalhados na Quadro 2.

Quadro 2 - Fatores psicossociais encontrados de forma mais consistente

Momento do tratamento	Autores
Adesão	
Bom apoio social	Simon <i>et al.</i> , 2014; Wells <i>et al.</i> , 2015; Cahir <i>et al.</i> , 2015; Cahir <i>et al.</i> , 2015; Markovitz <i>et al.</i> , 2017; Brett <i>et al.</i> , 2018; Clancy <i>et al.</i> , 2020; Xu <i>et al.</i> , 2020; Kaptin <i>et al.</i> , 2021; Toinoven <i>et al.</i> , 2021.
Receber informações	Wouters <i>et al.</i> , 2013; Farias <i>et al.</i> , 2016; Lin <i>et al.</i> , 2017; Brett <i>et al.</i> , 2018; Clancy <i>et al.</i> , 2020; Toinoven <i>et al.</i> , 2021; Yang <i>et al.</i> , 2023.
Crença de maior necessidade	Cahir <i>et al.</i> , 2015; Bright <i>et al.</i> , 2016; Moon <i>et al.</i> , 2017; Lee <i>et al.</i> , 2018; Toinoven <i>et al.</i> , 2021; Toinoven <i>et al.</i> , 2021; Yang <i>et al.</i> , 2023.
Não adesão	
Depressão e sintomas depressivos	Hadji <i>et al.</i> , 2010; Bender <i>et al.</i> , 2014; De Souza <i>et al.</i> , 2014; Mausboch <i>et al.</i> , 2015; Wells <i>et al.</i> , 2015; Markovitz <i>et al.</i> , 2017; Brier, <i>et al.</i> , 2017; Montagna <i>et al.</i> , 2021; Yusufov <i>et al.</i> , 2021; Kaptein <i>et al.</i> , 2021; Yussuf <i>et al.</i> , 2022; Yang <i>et al.</i> , 2023, Rugeri <i>et al.</i> , 2023.
Apoio social insuficiente	Huiart <i>et al.</i> , 2013; Van <i>et al.</i> , 2014; Verbrugghe <i>et al.</i> , 2015; Moon <i>et al.</i> , 2017; Moon <i>et al.</i> , 2017; Lin <i>et al.</i> , 2017; Brett <i>et al.</i> , 2018; Kroenke <i>et al.</i> , 2018; Wasserman <i>et al.</i> , 2019; Clancy <i>et al.</i> , 2020; Montagna <i>et al.</i> , 2021.
Crença negativa de menor necessidade	Murphy <i>et al.</i> , 2013; Stanton <i>et al.</i> , 2014; Van <i>et al.</i> , 2014; Simon <i>et al.</i> , 2014; Guth <i>et al.</i> , 2015; Paranjpe <i>et al.</i> , 2019; Moon <i>et al.</i> , 2019.

Persistência	
Apoio social	Cahir <i>et al.</i> , 2015; Moon <i>et al.</i> , 2017; Lambert <i>et al.</i> , 2018; Clancy <i>et al.</i> , 2020.
Crença de maior necessidade	Cahir <i>et al.</i> , 2015; Lambert <i>et al.</i> , 2018; Xu <i>et al.</i> , 2020.
Medo da recorrência	Lin <i>et al.</i> , 2017; Clancy <i>et al.</i> , 2020; Xu <i>et al.</i> , 2020.
Bom relacionamento com o médico	Lin <i>et al.</i> , 2017; Lambert <i>et al.</i> , 2018; Yang Lin <i>et al.</i> , 2023.
Tomada de decisão compartilhada	Van <i>et al.</i> , 2014; Farias <i>et al.</i> , 2016; Lin <i>et al.</i> , 2017; Moon <i>et al.</i> , 2017.
Não persistência	
Apoio social insuficiente	Cluze <i>et al.</i> , 2012; Murphy <i>et al.</i> , 2013; Van <i>et al.</i> , 2014; Cahir <i>et al.</i> , 2015; Verbrugghe <i>et al.</i> , 2015; Van <i>et al.</i> , 2015; Verbrugghe <i>et al.</i> , 2015; Moon <i>et al.</i> , 2017; Murphy <i>et al.</i> , 2017; Van <i>et al.</i> , 2017; Paranjpe <i>et al.</i> , 2019.
Falta de informações	Cluze <i>et al.</i> , 2012; Cahir <i>et al.</i> , 2015; Cahir <i>et al.</i> , 2015; Van <i>et al.</i> , 2015; Toinoven <i>et al.</i> , 2021.
Relação médico paciente ruim	Cluze <i>et al.</i> , 2012; Sheppard <i>et al.</i> , 2014; Lambert <i>et al.</i> , 2018; Paranjpe <i>et al.</i> , 2019; Toinoven <i>et al.</i> , 2021.

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor com base nos estudos citados acima (2024).

Cada fator psicossocial encontrado foi agrupado dentro de grupos mais abrangentes, a saber: relação médico – paciente, barreiras no sistema de saúde, suporte social, crenças, sentimentos, razões pessoais e sintomas psicológicos. Cada subgrupo foi classificado dentro das cinco dimensões da OMS envolvidas na adesão, sendo dimensão

socioeconômica, relacionada à equipe e ao sistema de saúde, à doença, ao tratamento e ao paciente (WHO, 2003). Os detalhes da classificação dos grupos de acordo com as dimensões de adesão da OMS e cada fator encontrado e seu efeito na adesão e persistência para cada tipo de tratamento, estão representados nas Quadros 3, 4, 5 e 6 respectivamente.

Quadro 3 - Resumos dos grupos classificados de acordo com as cinco dimensões da OMS

Socioeconômicas	Relacionadas à equipe e ao sistema de saúde	Relacionadas à doença	Relacionadas ao tratamento	Relacionadas ao paciente
Suporte social	Relação médico - paciente Barreiras no sistema de saúde	Sintomas psicológicos	Crenças Sentimentos	Razões pessoais Crenças Sentimentos

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor com base nos estudos incluídos (2024).

Quadro 4 - Fatores psicossociais e sua influência na adesão e/ou persistência à quimioterapia

Fator psicossocial	Efeito na adesão	Efeito na persistência
Relação médico – paciente		
Apoio psicológico	+	
Associado ao sistema de saúde		
Desconfiança no sistema de saúde	-	
Suporte social		
Apoio emocional	+	
Apoio espiritual	+	
Apoio financeiro	+	
Apoio logístico	+	
Crenças		
Crença de maior necessidade	+	
Crença de menor necessidade	-	-
Achar que está melhorando	-	

Sentimentos	
Maior espírito de luta e vigor	+
Maior motivação	+
Razões pessoais	
Maior conhecimento sobre o CM	+
Sintomas psicológicos	
Se sentir mais ansioso e deprimido	+
Sintomas psicológicos	-
Sintomas depressivos	-

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor com base nos estudos incluídos (2024).

Legenda: Os grupos estão evidenciados em negrito. O sinal + representa efeito positivo e o sinal – representa efeito negativo.

Quadro 5 - Fatores psicossociais e sua influência na adesão e/ou persistência à radioterapia

Fator psicossocial	Efeito na adesão	Efeito na persistência
Associado ao sistema de saúde		
Desconfiança no sistema de saúde	-	
Sentimentos		
Medo da toxicidade do tratamento	-	

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor (2024).

Legenda: O sinal + representa efeito positivo e o sinal – representa efeito negativo.

Quadro 6 - Fatores psicossociais e sua influência na adesão e/ou persistência à TEA

Fator Psicossocial	Efeito na adesão	Efeito na persistência
Relação médico – paciente		
Falta de informações	-	-
Falta de apoio clínico		-
Relação médico paciente ruim	-	-
Baixa autoeficácia na comunicação com o médico	-	
Má comunicação com o médico	-	
Falta de decisão compartilhada	-	

Receber informações	+	+
Apoio clínico	+	+
Boa comunicação médica	+	+
Tomada de decisão compartilhada	+	+
Confiança no médico e/ou na equipe de saúde	+	
Bom relacionamento com o médico	+	+
Barreiras no sistema de saúde		
Desconfiança no sistema de saúde	-	
Barreiras de acesso aos cuidados de saúde	-	
Suporte social		
Apoio social insuficiente	-	-
Receber menos apoio emocional		-
Apoio social	+	+
Ter filhos	+	+
Apoio emocional		+
Crenças		
Crença negativa relação risco/benefício	-	-
Não acreditar na eficácia/benefício	-	-
Menor crença de coerência (entender o tratamento)	-	
Crença de menor necessidade	-	-
Crenças negativas em saúde	-	
Crença pessoal negativa	-	
Crença positiva de necessidade	+	+
Acreditar que o tratamento previne a recorrência	+	+
Crença na eficácia/benefício	+	+
Acreditar que não tem outra opção além de aderir	+	
Maior crença de coerência (entender o tratamento)	+	
Crença positiva sobre o tratamento	+	+
Crença positiva relação risco/benefício	+	+
Crença pessoal positiva		+
Baixa percepção de risco		-
Sentimentos		
Medo de se tornar dependente da TEA		-

Preocupações	-	-
Medo dos efeitos colaterais	-	-
Medo da recorrência baixo	-	-
Emoções negativas	-	-
Expectativas quanto ao impacto do tratamento		-
Falta de controle sobre o tratamento	-	-
Preocupações sobre sintomas sexuais		-
Atitudes negativas	-	
Se sentir culpado		-
Medo do uso prolongado	-	
Trauma	-	
Satisfação ruim	-	
Menor autoeficácia	-	
Medo da recorrência	+	+
Autoeficácia	+	
Desejo de continuar a usando o medicamento	+	+
Atitudes positivas	+	+
Emoções positivas	+	
Menor preocupação	+	
Autocontrole	+	
Satisfação com o tratamento	+	+
Arrependimento antecipado	+	
Motivação pessoal	+	+
Esperança	+	+
Otimismo		+
<hr/> Razões pessoais <hr/>		
Desejo de engravidar/ ter filhos	-	-
Carga dos efeitos colaterais	-	
Razões pessoais	-	
Percepção negativa da doença	-	
Perspectiva de tempo	-	
Percepções de barreiras	-	
Menor consciência do benefício do tratamento	-	

Falta de interesse no tratamento	-	
Menor educação em saúde	-	
Não ter consciência do risco de recorrência	-	
Perceber a importância do tratamento	+	
Importância dada ao diagnóstico	+	
Personalidade meticulosa	+	
Percepção do seu papel nos cuidados de saúde	+	
Maior locus de controle interno	+	
Confiança na decisão de fazer o tratamento	+	
Percepção da doença	+	
Se sentir preparada		+
<hr/>		
Sintomas psicológicos		
<hr/>		
Ansiedade	-	-
Sufrimento psicológico	-	-
Sintomas depressivos/depressão	-	-
Adaptação psicossocial	+	
Menor taxa de sintomas depressivos/depressão	+	

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor com base nos estudos incluídos (2024).

Legenda: O sinal + representa efeito positivo e o sinal – representa efeito negativo.

4 DISCUSSÃO

A presente revisão teve como objetivo encontrar os fatores psicossociais preditores de (não) adesão e (não) persistência. Conforme apontam os resultados, cerca de 94 fatores, divididos em grupos, influenciaram, aumentaram a probabilidade ou estavam relacionados com as experiências das mulheres na trajetória de adesão e persistência. Os fatores mais consistentes e apresentados pelos autores foram o apoio social influenciando nas quatro medidas, adesão, não adesão, persistência e não persistência; fatores relacionados ao médico e equipe de saúde; crenças e depressão ou sintomas depressivos.

Esses e os outros fatores aqui mencionados são consistentes com a literatura e também estão envolvidos no processo de adesão de outros medicamentos, como os psicofármacos, antidiabéticos, antirretrovirais e fármacos cardiovasculares (Calveti *et al.*, 2014; Lee *et al.*, 2016; Marrero *et al.*, 2020; Mostafavi *et al.*, 2021; Morales *et al.*, 2022; Malak; Al-Thbetat; Al-Amer, 2023). Para as taxas de adesão avaliadas nos

trabalhos incluídos, essas também estão de acordo com o que já foi descrito anteriormente (McCowan *et al.*, 2008; Murphy *et al.*, 2012; Huiart; Ferdynus; Giorgi, 2013)

Em concordância com o descrito pela OMS, a adesão é um processo multidimensional, de modo que os fatores influentes se relacionam entre si, tornando-o complexo e envolvendo diversas outras questões além da responsabilidade da paciente (WHO, 2003). É possível observar essa multidimensionalidade nas questões que envolvem o apoio social e a relação entre a equipe de saúde e a paciente.

Conforme visto, o cuidado recebido pela paciente através do apoio social, seja de forma emocional, financeira ou logística, pode influenciar na forma como o tratamento é seguido. Situações estressantes como alterações físicas e psicológicas, desde a suspeita da doença, o diagnóstico e o tratamento podem ter um impacto maior ou menor frente ao nível de suporte social.

Ainda, o estigma quanto ao diagnóstico, do paciente estar condenado à morte por portar uma doença fatal, pode se tornar um estigma internalizado, desencadeando angústia, sentimentos de evitação social, sofrimento psicológico como pensamentos intrusivos e sintomas de ansiedade e depressão. Nesse sentido, o apoio social efetivo se mostra como fator benéfico de proteção e enfrentamento para essas mulheres, auxiliando na adesão, além de também estar envolvido na diminuição dos sintomas depressivos, fator esse também influente na adesão (Kaptein *et al.*, 2021). Da mesma maneira, a falta de apoio social foi preditor de maiores sintomas depressivos (Markovitz *et al.*, 2017).

O risco de pacientes oncológicos desenvolverem depressão é de até cinco vezes maior quando comparado à população no geral (Hartung *et al.*, 2017). De acordo com uma recente meta-análise, a prevalência de depressão em mulheres com CM é de 30,2% (Biparva *et al.*, 2023). Mesmo após o tratamento, o sofrimento psicológico pode persistir.

Ao contrário do que se esperava, um estudo incluído encontrou a depressão e a ansiedade como fatores positivos de adesão (Ayres *et al.*, 1994). De acordo os autores, uma possível explicação para isso poderia ser o fato de o sofrimento psicológico motivar a mulher a continuar, quando atrelado a uma atitude de espírito de luta. Porém, observa-se que nesse caso não seriam os sintomas de depressão e ansiedade os preditores de adesão, mas sim a atitude mais positiva que se sobressai dentre as outras condições apresentadas pela mulher. Dessa forma, o mais consistente é que os transtornos depressivos e ansiosos são preditores com efeito negativo na adesão e persistência, seja a mulher apresentando durante ou antes de iniciar o tratamento (Bender *et al.*, 2014).

Ainda correlacionando os fatores aqui encontrados, aqueles associados ao médico e à equipe de saúde, se mostram pontos-chaves em diversos outros. Uma boa relação da equipe de saúde com o paciente aumenta a confiança das recomendações, evidencia um apoio clínico maior, além de superar as preocupações das pacientes em relação a TEA, diagnóstico e efeitos colaterais. Tudo isso está em concordância com a literatura, que mostra que as variáveis da relação médico-paciente estão associadas de forma significativa ao aumento da participação da paciente nos cuidados de saúde, aumento da confiança e satisfação com o tratamento (Dehghan *et al.*, 2019). Ademais, o alto apoio social clínico diminui o risco de descontinuação quando o apoio pessoal dos pacientes é insuficiente, oferecendo às pacientes uma outra opção de suporte (Kroenke *et al.*, 2018).

Se tratando da comunicação, ela é essencial para que a paciente receba as informações adequadas sobre o tratamento. A partir dessas informações, pode haver diminuição das crenças negativas como não acreditar nos benefícios do tratamento, aumento da educação em saúde e entendimento sobre a terapia proposta e sua necessidade na prevenção da recorrência do CM, todos esses fatores preditivos de adesão e/ou persistência. Porém, nem sempre é visto uma comunicação efetiva entre a equipe e a paciente (Lin *et al.*, 2018).

Um outro ponto a ser mencionado sobre a comunicação centrada no paciente, em que é possível expor dúvidas, medos e desejos, é que nesse momento a equipe de saúde também toma conhecimento da real necessidade da paciente. Um trabalho que investigou a opinião dos médicos sobre a (não) adesão, mostrou que esses profissionais não possuíam grandes preocupações sobre a não adesão e a relacionavam apenas com efeitos colaterais e outros fatores sociodemográficos (Eraso, 2019). No entanto, é notório que as pacientes enfrentam demandas que estão muito além somente de efeitos adversos do medicamento, conforme visto neste trabalho.

Pacientes que se comunicam de forma efetiva com seu médico podem estar mais preparadas frente aos efeitos adversos. Mulheres que possuíam conhecimento sobre o benefício do tratamento e queriam continuar usando conforme a orientação da equipe de saúde, aderiram ao tratamento proposto de forma contínua mesmo quando os efeitos colaterais as impulsionaram a desistir (Harrow *et al.*, 2014). Em contrapartida, pacientes que sentiram não ter recebido informações adequadas sobre o tratamento decidiram procurar essas informações em outras fontes, que erroneamente as influenciou na interrupção do tratamento (Eraso *et al.*, 2021).

Outra questão a ser mencionada na comunicação entre a equipe e a paciente, é o desejo de fertilidade, fator que influencia na persistência do tratamento. A interrupção da terapia pelo desejo de engravidar se deve principalmente ao longo tempo de tratamento, entre 5 e 10 anos, e ao fato de a gravidez ser contraindicada enquanto a paciente está em uso do medicamento. O atraso que essas circunstâncias causam pode prejudicar os planos de gravidez, principalmente pela diminuição da fertilidade ao longo dos anos devido à idade da mulher. A partir disso, as pacientes mais jovens possuem necessidades de informações e preocupações quanto à fertilidade e desejam auxílio nessa decisão. Dessa forma, o desejo de fertilidade precisa ser questionado e discutido antes do início do tratamento, o que nem sempre é feito (Peate *et al.*, 2009).

Em relação aos outros resultados apresentados neste trabalho, vale a pena ressaltar a questão da espiritualidade e religiosidade. Somente um estudo informou que apenas duas pacientes interromperam o tratamento devido à sua fé em Deus de que estavam curadas (Wells *et al.*, 2016). Em contrapartida, a literatura mostra que a religião auxilia na adaptação psicossocial das mulheres com CM e na sua compreensão sobre o tratamento. Já a religiosidade proporciona atitudes mais positivas, além de diminuir o medo durante o diagnóstico e tratamento (Toledo; Ochoa; Farias, 2021). Observa-se então que as mesmas questões envolvidas na religiosidade e espiritualidade, também são questões envolvidas no processo de adesão e persistência apresentadas neste estudo. Além disso, a religiosidade também aparece como preditor positivo de adesão em outras doenças crônicas (Kisenyi *et al.*, 2013; Hatah *et al.*, 2015).

Por fim, apesar dos estudos terem demonstrado taxas de adesão e persistência dentro do relatado por outras literaturas, foi observada uma limitação quanto à falta de métodos de avaliação padrão. Além disso, não existe uma porcentagem padrão para definir o paciente como aderente ou não aderente. Por exemplo, pacientes que responderam não tomar qualquer dose nos últimos 30 dias ou que utilizaram menos que 85% das doses prescritas foram considerados não aderentes assim como aqueles com taxa de posse menor que 80% de acordo com os registros das farmácias (Cahir *et al.*, 2015; Grossman *et al.*, 2016; Corter *et al.*, 2018).

O autorrelato, método mais utilizado, pode superestimar a adesão, uma vez que as pacientes podem não declarar o esquecimento pois sabem que estão sendo avaliadas, além de envolver sua lembrança sobre o uso. Igualmente ao método por registro de farmácias ou prontuários, uma vez que a retirada do medicamento ou troca de receita não é garantia de que a paciente realmente está utilizando conforme prescrito.

Houve ainda algumas diferenças no efeito dos fatores apresentados. Por exemplo, apesar de vários estudos terem relatado a influência positiva do apoio social na adesão e persistência (Simon *et al.*, 2014; Wells *et al.*, 2015; Cahir *et al.*, 2015; Cahir *et al.*, 2015; Markovitz *et al.*, 2017; Moon *et al.*, 2017; Brett *et al.*, 2018; Lambert *et al.*, 2018; Clancy *et al.*, 2020; Xu *et al.*, 2020; Kaptin *et al.*, 2021; Toinoven *et al.*, 2021), em outros estudos esse efeito não foi significativo (Bender *et al.*, 2014; Hershman *et al.*, 2016; Neugut *et al.*, 2012). Quanto às variáveis da relação médico paciente, embora tenha sido um dos preditores mais consistentes (Wouters *et al.*, 2013; Van *et al.*, 2014; Farias *et al.*, 2016; Lin *et al.*, 2017; Moon *et al.*, 2017; Lin *et al.*, 2017; Lambert *et al.*, 2018; Brett *et al.*, 2018; Clancy *et al.*, 2020; Toinoven *et al.*, 2021; Yang *et al.*, 2023), em outros trabalhos essa relação não foi associada a adesão, não adesão e persistência (Bright *et al.*, 2016; Dean *et al.*, 2017; Cahir *et al.*, 2015; Hershman *et al.*, 2016). E embora as crenças de diversas naturezas também tenham surgido em todos os contextos da adesão, a crença de necessidade e controle não se mostraram significativas em outros estudos (Constanze *et al.*, 2022; Corter *et al.*, 2018).

No mais, essa diferença pode ser explicada pelo fato de o fator preditivo ter efeito em apenas uma das medidas, como ocorre no trabalho de Cahir *et al.*, (2015), em que a relação médico paciente só não apresentou efeito na medida de persistência, porém teve efeito na adesão, não adesão e não persistência. Outra explicação é que outros preditores, além desses citados e sem significado, podem ter apresentado maior influência na vida das pacientes, dependendo do contexto em que elas estavam inseridas.

5 CONCLUSÃO

Conforme apresentado, foram incluídos um total de 79 estudos que envolviam de alguma forma os fatores psicossociais na adesão e persistência da quimioterapia, radioterapia ou TEA. No total, esses trabalhos relataram 94 fatores preditivos de adesão e persistência, seja aumentando a probabilidade, se relacionando diretamente ou envolvido nas experiências de adesão das mulheres. Os fatores vistos com mais frequência foram o suporte social, variáveis da relação/comunicação paciente e equipe de saúde e as crenças das mulheres.

Como visto, o diagnóstico e o tratamento do câncer são profundamente influenciados pelos fatores psicossociais, abrangendo as dimensões social e psicológica. Esses fatores mostraram ter um impacto significativo nas experiências das pacientes,

afetando não só a adesão e persistência ao tratamento, mas também seu bem-estar geral e os resultados clínicos.

Vale ressaltar, que o processo de adesão pode começar antes do início do tratamento em si. Uma vez que algum fator já se faz presente, como por exemplo, se a mulher já dispõe de um bom suporte familiar e clínico, ou se já apresenta o sofrimento psicológico, esses podem repercutir de forma positiva ou negativa mais adiante, durante o tratamento. Portanto, esses e outros fatores precisam ser considerados durante toda a trajetória do vivenciar o câncer, para que além de uma melhor adesão e persistência ao tratamento, a paciente também consiga vivenciar todo o processo da melhor forma possível.

Por fim, foi observado que nos últimos anos houve um crescimento considerável na quantidade de pesquisas sobre adesão e identificação de seus preditores. Isso se deve principalmente à percepção da magnitude do problema e à sua recorrência em diversas doenças crônicas, para além do câncer. Portanto, compreender esses fatores, sobretudo os psicossociais, contribui na compreensão dessa complexa interação, além de auxiliar no desenvolvimento de intervenções mais assertivas considerando a paciente como um todo.

6 CONFLITOS DE INTERESSE

Não há.

7 FINANCIAMENTO

Apoio fornecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ADISA, A. O.; LAWAL, O. O.; ADESUNKANMI, A. R. Paradox of wellness and nonadherence among Nigerian women on breast cancer chemotherapy. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v. 4, n. 3, p. 107-110, 2008.

ANDERSON, J. N. *et al.* Silent suffering: the impact of sexual health challenges on patient-clinician communication and adherence to adjuvant endocrine therapy among Black women with early-stage breast cancer. **Journal of Cancer Survivorship**, 2023

AYRES, A. *et al.* Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 38, n. 5, p. 393-402, 1994.

- BENDER, C. M. *et al.* Influence of patient and treatment factors on adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 41, n. 3, p. 274-285, 2014.
- BIPARVA, A. J. *et al.* Global depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 18, n. 7, p. 1-13, 2023.
- BLUETHMANN, S. M. *et al.* Deconstructing Decisions to Initiate, Maintain, or Discontinue Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Survivors: A Mixed-Methods Study. **Oncology Nursing Forum**, v. 44, n. 3, p. 101, 2017.
- BRETT, J. *et al.* Adjuvant endocrine therapy after breast cancer: a qualitative study of factors associated with adherence. **Patient Preference and Adherence**, v. 16, n. 12, p. 291-300, 2018.
- BRIER, M. J. *et al.* Ageing perceptions and non-adherence to aromatase inhibitors among breast cancer survivors. **European Journal of Cancer**, v. 91, p. 145-152, 2018.
- BRIER, M. J. *et al.* Perceived barriers to treatment predict adherence to aromatase inhibitors among breast cancer survivors. **Cancer**, v. 123, n. 1, p. 169-176, 2017.
- BRIGHT, E. E. *et al.* Barriers to and facilitative processes of endocrine therapy adherence among women with breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 158, n. 2, p. 243-251, 2016.
- CAHIR, C. *et al.* Dombrowski SU, Kelly CM, Kennedy MJ, Bennett K, Sharp L. Women's experiences of hormonal therapy for breast cancer: exploring influences on medication-taking behaviour. **Support Care Cancer**, v. 23, n. 11, p. 3115-3130, 2015.
- CAHIR, C. *et al.* Identifying the determinants of adjuvant hormonal therapy medication taking behaviour in women with stages I-III breast cancer: A systematic review and meta-analysis. **Patient Education and Counseling**, v. 98, n. 12, p. 1524-1539, 2015.
- CALVETTI, P. U. *et al.* Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/Aids in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 63, n. 1, p. 8-15, 2014.
- CLANCY, C. *et al.* Breast cancer patients' experiences of adherence and persistence to oral endocrine therapy: A qualitative evidence synthesis. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 44, p. 1-14, 2020.
- CLUZE, C. *et al.* Adjuvant endocrine therapy with tamoxifen in young women with breast cancer: determinants of interruptions vary over time. **Breast cancer**, v. 23, n. 4, p. 882-890, 2012.
- COLLEONI, M. *et al.* Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. **Lancet**, v. 356, n. 9238, p. 1326-1327, 2000.
- CONSTANZE, E. *et al.* The role of trust in the acceptance of adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients. **Psychooncology**, v. 31, n. 12, p. 2122-2131, 2022.

CORTER, A. L. *et al.* Predicting nonadherence to adjuvant endocrine therapy in women with early stage breast cancer. **Psychooncology**, v. 27, n. 9, p. 2096-2103, 2018.

CRAMER, J. A. *et al.* Medication compliance and persistence: terminology and definitions. **Value Health**, v. 11, n. 1, p. 44-47, 2008.

DAVIES, C. *et al.* Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level metaanalysis of randomised trials. **Lancet**, v. 378, n. 9793, p. 771-784, 2011.

DE SOUZA, B. F. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 866-873, 2014.

DEAN, L. T. *et al.* Healthcare System Distrust, Physician Trust, and Patient Discordance with Adjuvant Breast Cancer Treatment Recommendations. **Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention**, v. 26, n. 12, p. 1745-1752, 2017.

DEHGHAN, H. *et al.* Patient Involvement in Care and Breast Cancer Patients' Quality of Life- a Structural Equation Modeling (SEM) Approach. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 19, n. 9, p. 2511-2517, 2018.

DIMATTEO, M. R. *et al.* Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Medical Care**, v. 40, n. 9, p. 794-811, 2002.

ERASO, Y. *et al.* Extending Adjuvant Endocrine Therapy for 10 Years: A Mixed-Methods Analysis of Women's Decision Making in an Online Breast Cancer Forum. **Healthcare**, v. 9, n. 6, p. 688, 2021.

ERASO, Y. Oncologists' perspectives on adherence/nonadherence to adjuvant endocrine therapy and management strategies in women with breast cancer. **Patient Preference and Adherence**, v. 13, p. 1311-1323, 2019.

FAFOUTI, M. *et al.* Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. **In Vivo**, v. 24, n. 5, p. 803-810, 2010.

FARIAS, A. J. **Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy among Women Diagnosed with Early Breast Cancer**. 2015. Tese (Doutorado em Filosofia) - Departamento de Serviços de Saúde, Universidade de Washington, EUA, 2015.

FINK, A. K. *et al.* Patient beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor positive breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 22, n. 16, p. 3309-3315, 2004.

GROSSMAN, V. L. **Adherence to adjuvant hormonal therapy in breast cancer survivors**. 2000. Tese (Doutorado em Filosofia) - Centro de Serviços de Saúde, Universidade do Colorado, EUA, 2000.

GRUNFELD, E. A. Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. **Patient Education and Counseling**, v. 59, n. 1, p. 97-102, 2005.

GUIDOLIN, K.; LOCK, M.; BRACKSTONE M. Patient-perceived barriers to radiation therapy for breast cancer. **Canadian Journal of Surgery**, v. 61, n. 2, p. 141-143, 2018.

GÜTH, U. *et al.* Family ties: young breast cancer patients and their children. **Swiss Medical Weekly**, v. 11, n. 145, p. 1-6, 2015.

HADJI, P. Improving compliance and persistence to adjuvant tamoxifen and aromatase inhibitor therapy. **Critical Reviews in Oncology Hematology**, v. 73, n. 2, p. 156-166, 2010.

HARROW, A. *et al.* A hard pill to swallow: a qualitative study of women's experiences of adjuvant endocrine therapy for breast cancer. **BMJ Open**, v. 4, n. 6, p. 1-10, 2014.

HASKINS, C. B. *et al.* Impact of preexisting mental illness on breast cancer endocrine therapy adherence. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 174, n. 1, p. 197-208, 2019.

HATAH, E. *et al.* The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. **Patient Preference and Adherence**, v. 9, p. 589-596, 2015.

HEISIG, S. R. *et al.* What do women with breast cancer expect from their treatment? Correlates of negative treatment expectations about endocrine therapy. **Psychooncology**, v. 25, n. 12, p. 1485-1492, 2016.

HERSHMAN, D. L. *et al.* Psychosocial factors related to non-persistence with adjuvant endocrine therapy among women with breast cancer: the Breast Cancer Quality of Care Study (BQUAL). **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 157, n. 1, p. 133-143, 2016.

HERSHMAN, D.L. *et al.* Early discontinuation and non- adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 126, n. 2, p. 529–537, 2011.

HUIART, L.; BARDOU, V. J.; GIORGI, R. L'adhésion thérapeutique aux traitements oraux : enjeux en oncologie - l'exemple du cancer du sein [The importance of adherence to oral therapies in the field of oncology: the example of breast cancer]. **Bulletin du Cancer**, v. 100, n. 10, p. 1007-1015, 2013.

HUIART, L.; FERDYNUS, C.; GIORGI, R. A meta-regression analysis of the available data on adherence to adjuvant hormonal therapy in breast cancer: summarizing the data for clinicians. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 138, n. 1, p. 325–328, 2013

HUMPHRIES, B. *et al.* Women's Beliefs on Early Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy for Breast Cancer: A Theory-Based Qualitative Study to Guide the Development of Community Pharmacist Interventions. **Pharmacy (Basel)**, v. 6, n. 2, p. 53, 2018.

HURTADO-DE-MENDOZA, A. *et al.* Applying the theory of planned behavior to examine adjuvant endocrine therapy adherence intentions. **Psychooncology**, v. 28, n. 1, p. 187-194, 2019.

JIANG, H. *et al.* The relationship among psychosocial adaptation, medication adherence and quality of life in breast cancer women with adjuvant endocrine therapy. **BMC Womens Health**, v. 22, n. 135, p. 1-11, 2022.

KAPTEIN, A. A. *et al.* Psychosocial determinants of adherence with oral anticancer treatment: 'we don't need no education'. **Acta Oncologica**, v. 60, n. 1, p. 87-95, 2021.

KENNECKE, H. F. *et al.* Late risk of relapse and mortality among postmenopausal women with estrogen responsive early breast cancer after 5 years of tamoxifen. **Annals of Oncology**, v. 18, n. 1, p. 45-51, 2007.

KIMMICK, G. *et al.* Medication taking behaviors among breast cancer patients on adjuvant endocrine therapy. **Breast**, v. 24, n. 5, p. 630-636, 2015.

KISENYI, R. N.; MULIIRA, J. K.; AYEBAARE, E. Religiosity and adherence to antiretroviral therapy among patients attending a public hospital-based HIV/AIDS clinic in Uganda. **Journal of Religion and Health**, v. 52, n. 1, p. 307-317, 2013.

KONI, A. A. *et al.* Adherence to oral anticancer hormonal therapy in breast cancer patients and its relationship with treatment satisfaction: an important insight from a developing country. **BMC Womens Health**, v. 23, n. 114, p. 1-12, 2023.

KROENKE, C. H. *et al.* Personal and clinical social support and adherence to adjuvant endocrine therapy among hormone receptor-positive breast cancer patients in an integrated health care system. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 170, n. 3, p. 623-631, 2018.

LAMBERT, L. K. *et al.* Understanding adjuvant endocrine therapy persistence in breast Cancer survivors. **BMC Cancer**, v. 18, n. 732, p. 1-13, 2018.

LEE, J. Y.; MIN, Y. H. Relationships between determinants of adjuvant endocrine therapy adherence in breast cancer. **BMC Womens Health**, v. 18, n. 48, p. 1-8, 2018.

LEE, W. K. *et al.* Psychosocial factors in adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive people who use drugs. **Health Psychology**, v. 35, n. 3, p. 290-297, 2016.

LIEW, V. J. R.; CHRISTENSEN, A. J.; MOOR, J. S. Psychosocial factors in adjuvant hormone therapy for breast cancer: an emerging context for adherence research. **Journal of Cancer Survivorship**, V. 8, N. 3, P. 521-231, 2014.

LIN, C. *et al.* Breast cancer oral anti-cancer medication adherence: a systematic review of psychosocial motivators and barriers. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 165, n. 2, p. 247-260, 2017.

LIN, J. J. *et al.* Patient-provider communication and hormonal therapy side effects in breast cancer survivors. **Women Health**, v. 57, n. 8, p. 976-989, 2017.

LLARENA, N. C. *et al.* Impact of Fertility Concerns on Tamoxifen Initiation and Persistence. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 107, n. 10, p. 1-9, 2015.

MALAK, M. Z.; AL-THBETAT, A. J.; AL-AMER, R. M. Psychosocial factors correlate with adherence to medications among cardiovascular outpatient clinics in Jordan. **Journal of Public Health**, v. 45, n. 1, p. 206-213, 2023.

MALINOWSKI, C. *et al.* Advice from One Patient to Another: Qualitative Analysis of Patients' Perspectives About Chemotherapy Initiation. **Patient Preference and Adherence**, v.16, p. 3283-3289, 2022.

MARKOVITZ, L. C.; DRYSDALE, N. J.; BETTENCOURT, B. A. The relationship between risk factors and medication adherence among breast cancer survivors: What explanatory role might depression play? **Psychooncology**, v. 26, n. 12, p. 2294-2299, 2017.

MARRERO, R. J. *et al.* Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 10, p. 2116-2131, 2020.

MAUSBACH, B. T. *et al.* Depression as a predictor of adherence to adjuvant endocrine therapy (AET) in women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 152, n. 2, p. 239-246, 2015.

MCCOWAN, C. *et al.* Cohort study examining tamoxifen adherence and its relationship to mortality in women with breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 99, n. 11, p. 1763–1768, 2008.

MONTAGNA, E. *et al.* Assessing Predictors of Tamoxifen Nonadherence in Patients with Early Breast Cancer. **Patient Preference and Adherence**, v. 15, n. 15, p. 2051-2061, 2021.

MOON, Z. *et al.* Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: a systematic review. **Patient Preference and Adherence**, v. 23, n. 11, p. 305-322, 2017.

MOON, Z. *et al.* More than just side-effects: The role of clinical and psychosocial factors in non-adherence to tamoxifen. **British Journal Health Psychology**, v. 22, n. 4, p. 998-1018, 2017.

MOON, Z. *et al.* Nonadherence to tamoxifen in breast cancer survivors: A 12 month longitudinal analysis. **Health Psychology**, v. 38, n. 10, p. 888-899, 2019.

MOON, Z. *et al.* Understanding tamoxifen adherence in women with breast cancer: A qualitative study. **British Journal Health Psychology**, v. 22, n. 4, p. 978-997, 2017.

MORALES A, L. *et al.* Psychosocial factors in adherence to pharmacological treatment and diabetes mellitus control in patients over 65. **Atencion Primaria**, v. 54, n. 5, p. 1-11, 2022.

MOSTAFAVI, F. *et al.* The psychosocial barriers to medication adherence of patients with type 2 diabetes: a qualitative study. **BioPsychoSocial Medicine**, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2021.

MURPHY, C. C. *et al.* Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 134, n. 2, p. 459–478, 2012.

NEUGUT, A. I. *et al.* A prospective cohort study of early discontinuation of adjuvant chemotherapy in women with breast cancer: the breast cancer quality of care study (BQUAL). **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 158, n. 1, p. 127-138, 2016.

NEUGUT, A. I. *et al.* Noninitiation of adjuvant chemotherapy in women with localized breast cancer: the breast cancer quality of care study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 31, p. 3800-3809, 2012.

PAN, Y. *et al.* Facilitating adherence to endocrine therapy in breast cancer: stability and predictive power of treatment expectations in a 2-year prospective study. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 168, n. 3, p. 667-677, 2018.

PARANJPE, R. *et al.* Identifying adherence barriers to oral endocrine therapy among breast cancer survivors. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 174, n. 2, p. 297-305, 2019.

PEATE, M. *et al.* The fertility-related concerns, needs and preferences of younger women with breast cancer: a systematic review. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 116, p. 215–223, 2009.

PETERS, M. D. J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em 12 jan. 2024.

RUGGERI, S. Y. **The resilient study: A retrospective, descriptive correlational investigation of rate and correlates of oral endocrine therapy adherence in older women with breast câncer.** 2023. Tese de doutorado - Universidade de Missouri – Kansas City, EUA. 2023.

SAWESI, S.; CARPENTER, J. S.; JONES, J. Reasons for nonadherence to tamoxifen and aromatase inhibitors for the treatment of breast cancer: a literature review. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 18, n. 3, p. 50-57, 2014.

SEO, Y. K. *et al.* What influences aromatase inhibitor continuation intention among breast cancer survivors? **Korean journal of women health nursing**, v. 27, n. 1, p. 49-57, 2021.

SHEPPARD, V. B. *et al.* Frailty and adherence to adjuvant hormonal therapy in older women with breast cancer: CALGB protocol 369901. **Journal of Clinical Oncology**, v. 32, n. 22, p. 2318-2327, 2014.

SHIM, E. J. *et al.* Trajectory of fear of cancer recurrence and beliefs and rates of medication adherence in patients with breast cancer. **Psychooncology**, v. 29, n. 11, p. 1835-1841, 2020.

SIMMONS, K.; LINDSAY, S. Psychological influences on acceptance of postsurgical treatment in cancer patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 51, n. 1, p. 355-360, 2001.

SIMON, R. *et al.* Adherence to adjuvant endocrine therapy in estrogen receptor-positive breast cancer patients with regular follow-up. **Canadian Journal of Surgery**, v. 57, n. 1, p. 26-32, 2014.

STANTON, A. L.; PETRIE, K. J.; PARTRIDGE, A. H. Contributors to nonadherence and nonpersistence with endocrine therapy in breast cancer survivors recruited from an online research registry. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 145, n. 2, p. 525-534, 2014.

TOIVONEN, K. I. *et al.* A Survey of Potentially Modifiable Patient-Level Factors Associated with Self-Report and Objectively Measured Adherence to Adjuvant Endocrine Therapies After Breast Cancer. **Patient Preference and Adherence**, v. 15, n. 15, p. 2039-2050, 2021.

TOIVONEN, K. I. *et al.* Both "Vitamin L for Life" and "One Milligram of Satan": A Multi-Perspective Qualitative Exploration of Adjuvant Endocrine Therapy Use after Breast Cancer. **Current Oncology**, v. 58, n. 4, p. 2496-2515, 2021.

TOIVONEN, K. I. *et al.* Potentially Modifiable Factors Associated with Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy among Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. **Cancers (Basel)**, v. 13, n. 107, p. 1-22, 2020.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VAN LIEW, J. R.; CHRISTENSEN, A. J.; DE MOOR J. S. Psychosocial factors in adjuvant hormone therapy for breast cancer: an emerging context for adherence research. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 8, n. 3, p. 521-531, 2014.

VERBRUGGHE, M. *et al.* Factors influencing the process of medication (non) adherence and (non-)persistence in breast cancer patients with adjuvant antihormonal therapy: a qualitative study. **European Journal of Cancer Care**, v. 26, n. 2, p. 1-11, 2015.

WALKER, H. E. *et al.* Perceptions, Attributions, and Emotions Toward Endocrine Therapy in Young Women with Breast Cancer. **Journal of Adolescent Young Adult Oncology**, v. 5, n. 1, p. 16-23, 2016.

WASSERMANN, J. *et al.* Nonadherent behaviors among young women on adjuvant endocrine therapy for breast cancer. **Cancer**, v. 125, n. 18, p. 3266-3274, 2019.

WELLS, J. S. *et al.* Adherence to intravenous chemotherapy in African American and white women with early-stage breast cancer. **Cancer Nursing**, v. 38, n. 2, p. 89-98, 2015.

WELLS, K. J. *et al.* Barriers and facilitators to endocrine therapy adherence among underserved hormone-receptor-positive breast cancer survivors: a qualitative study. **Supportive Care in Cancer**, v. 24, p. 4123-4130, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva; 2003. Disponível em:

<https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>. Acesso em: 20 jan. 2024.

WOUTERS, H. *et al.* Disentangling breast cancer patients' perceptions and experiences with regard to endocrine therapy: nature and relevance for non-adherence. **Breast**, v. 22, n. 5, p. 661-666, 2013.

WOUTERS, H. *et al.* Endocrine therapy for breast cancer: assessing an array of women's treatment experiences and perceptions, their perceived self-efficacy and nonadherence. **Clinical Breast Cancer**, v. 14, n. 6, p. 460-467, 2014.

XU, H. *et al.* Factors influencing medication-taking behaviour with adjuvant endocrine therapy in women with breast cancer: A qualitative systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 76, n. 2, p. 445-458, 2020.

YANG, S. *et al.* Investigation of Factors Affecting Adherence to Adjuvant Hormone Therapy in Early-Stage Breast Cancer Patients: A Comprehensive Systematic Review. **J Breast Cancer**, v. 26, n. 4, p. 309-333, 2023.

YANG, S. *et al.* Investigation of Factors Affecting Adherence to Adjuvant Hormone Therapy in Early-Stage Breast Cancer Patients: A Comprehensive Systematic Review. **J Breast Cancer**, v. 26, n. 4, p. 309-333, 2023.

Yee, M. K. *et al.* Symptom incidence, distress, cancer-related distress, and adherence to chemotherapy among African American women with breast cancer. **Cancer**, v. 123, n. 11, p. 2061-2069, 2017.

YUSSOF, I. *et al.* Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. **Breast**, v. 62, p. 22-35, 2022.

YUSUFOV, M. *et al.* Predictors of increased risk for early treatment non-adherence to oral anti-estrogen therapies in early-stage breast cancer patients. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 185, n. 1, p. 53-62, 2021.

ZHAO, M. *et al.* The relationship between medication adherence and illness perception in breast cancer patients with adjuvant endocrine therapy: beliefs about medicines as mediators. **Supportive Care in Cancer**, v. 30, n. 12, p. 10009-10017, 2022.

APÊNDICES

Apêndice I: Estratégia de busca geral detalhada e estratégia para cada base de dados e literatura cinzenta.

Estratégia de busca geral

#1 "Breast Neoplasms"[Mesh] OR (Breast Neoplasm) OR (Neoplasm, Breast) OR (Breast Tumors) OR (Breast Tumor) OR (Tumor, Breast) OR (Tumors, Breast) OR (Neoplasms, Breast) OR (Breast Cancer) OR (Cancer, Breast) OR (Mammary Cancer) OR (Cancer, Mammary) OR (Cancers, Mammary) OR (Mammary Cancers) OR (Malignant Neoplasm of Breast) OR (Breast Malignant Neoplasm) OR (Breast Malignant Neoplasms) OR (Malignant Tumor of Breast) OR (Breast Malignant Tumor)

OR (Breast Malignant Tumors) OR (Cancer of Breast) OR (Cancer of the Breast) OR (Mammary Carcinoma, Human) OR (Carcinoma, Human Mammary) OR (Carcinomas, Human Mammary) OR (Human Mammary Carcinomas) OR (Mammary Carcinomas, Human) OR (Human Mammary Carcinoma) OR (Mammary Neoplasms, Human) OR (Human Mammary Neoplasm) OR (Human Mammary Neoplasms) OR (Neoplasm, Human Mammary) OR (Neoplasms, Human Mammary) OR (Mammary Neoplasm, Human) OR (Breast Carcinoma) OR (Breast Carcinomas) OR (Carcinoma, Breast) OR (Carcinomas, Breast) OR (Women breast cancer) OR (Female breast cancer)

#2 "Neoadjuvant Therapy"[Mesh] OR (Neoadjuvant Therapies) OR (Therapy, Neoadjuvant) OR (Neoadjuvant Treatment) OR (Neoadjuvant Treatments) OR (Treatment, Neoadjuvant) OR (Neoadjuvant Radiotherapy) OR (Neoadjuvant Chemotherapy) OR (Chemotherapy, Neoadjuvant) OR (Neoadjuvant Systemic Therapy) OR (Neoadjuvant Systemic Treatment)

#3 "Radiotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR (Adjuvant Radiotherapy) OR (Adjuvant Radiotherapies) OR (Radiotherapies, Adjuvant)

#4 "Chemotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR (Drug Therapy, Adjuvant) OR (Adjuvant Chemotherapy) OR (Adjuvant Drug Therapy) OR (Chemotherapy)

#5 "Tamoxifen"[Mesh] OR (Tamoxifen Citrate) OR (Citrate, Tamoxifen) OR (Endocrine therapy) OR (adjuvant hormonal therapy) OR (estrogen antagonist) OR (estrogen receptor modulator) OR (selective estrogen receptor modulator) OR (Hormone therapy) OR (Adjuvant therapy) OR (Antineoplastic drugs)

#6 "Aromatase Inhibitors"[Mesh] OR (Inhibitors, Aromatase) OR (Aromatase Inhibitor) OR (Inhibitor, Aromatase)

#7 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6

#8 "Treatment Adherence and Compliance"[Mesh] OR (Treatment Adherence) OR (Adherence, Treatment) OR (Therapeutic Adherence) OR (Adherence, Therapeutic)

#9 "Medication Adherence"[Mesh] OR (Adherence, Medication) OR (Drug Adherence) OR (Medication Nonadherence) OR (Nonadherence, Medication) OR (Medication Non Adherence) OR (Medication Persistence) OR (Persistence, Medication) OR (Medication Compliance) OR (Compliance, Medication) OR (Medication Non Compliance) OR (Non-Compliance, Medication) OR (Drug Compliance) OR (Patient Adherence) OR (Treatment Compliance) OR (Compliance, Treatment) OR (Treatment Compliances) OR (Therapeutic Compliance)

#10 #8 OR #9

#11 "Psychology"[Mesh] OR (Psychosocial Factors) OR (Factor, Psychosocial) OR (Factors, Psychosocial) OR (Psychosocial Factor) OR (Psychological Factors) OR (Factor, Psychological) OR (Psychological Factor) OR (Factors, Psychological) (cognitive aspects) OR (emotional aspects) OR (psychosomatic aspects) OR (psychiatric aspects) OR (psychogenic aspects) OR (psychosocial aspects) OR (affective aspects) OR (mental aspects)

Estratégia de busca específica para cada base de dados

Cochrane Library

Busca com População, Intervenção	
Data da busca: 30/01/2024	Resultado: 19 referências
População: Breast Neoplasms AND Neoadjuvant Therapy OR Radiotherapy, Adjuvant OR Chemotherapy, Adjuvant OR Tamoxifen OR Aromatase Inhibitors	
MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees OR “Human Mammary Carcinoma” OR “Carcinoma, Human Mammary” OR “Carcinomas, Human Mammary” OR “Mammary Carcinomas, Human” OR “Human Mammary Carcinomas” OR “Mammary Carcinoma, Human” OR “Mammary Neoplasm, Human” OR “Neoplasms, Human Mammary” OR “Human Mammary Neoplasm” OR “Human Mammary Neoplasms” OR “Mammary Neoplasms, Human” OR “Neoplasm, Human Mammary” OR “Breast Malignant Tumor” OR “Breast Cancer” OR “Cancer of the Breast” OR “Malignant Tumor of Breast” OR “Breast Malignant Neoplasms” OR “Cancers, Mammary” OR “Cancer of Breast” OR “Malignant Neoplasm of Breast” OR “Cancer, Mammary” OR “Breast Malignant Tumors” OR “Breast Malignant Neoplasm” OR “Mammary Cancers” OR “Mammary Cancer” OR “Cancer, Breast” OR “Neoplasm, Breast” OR “Breast Tumors” OR “Tumor, Breast” OR “Breast Tumor” OR “Tumors, Breast” OR “Neoplasms, Breast” OR “Breast Neoplasm” OR “Breast Carcinomas” OR “Carcinoma, Breast” OR “Carcinomas, Breast” OR “Breast Carcinoma” OR “Women breast cancer” OR “Female breast cancer”	
AND	
MeSH descriptor: [Neoadjuvant Therapy] explode all trees OR “Neoadjuvant Therapies” OR “Therapy, Neoadjuvant” OR “Neoadjuvant Treatment” OR “Neoadjuvant Treatments” OR “Treatment, Neoadjuvant” OR “Neoadjuvant Radiotherapy” OR “Neoadjuvant Chemotherapy” OR “Chemotherapy, Neoadjuvant” OR “Neoadjuvant Systemic Therapy” OR “Neoadjuvant Systemic Treatment” OR MeSH descriptor: [Radiotherapy, Adjuvant] explode all trees OR “Adjuvant Radiotherapy” OR “Adjuvant Radiotherapies” OR “Radiotherapies, Adjuvant” OR MeSH descriptor: [Chemotherapy, Adjuvant] explode all trees OR “Drug Therapy, Adjuvant” OR “Adjuvant Chemotherapy” OR “Adjuvant Drug Therapy” OR Chemotherapy OR MeSH descriptor: [Tamoxifen] explode all trees OR “Tamoxifen Citrate” OR “Citrate, Tamoxifen” OR “Endocrine therapy” OR “adjuvant hormonal therapy” OR “estrogen antagonist” OR “estrogen receptor modulator” OR “selective estrogen receptor modulator” OR “Hormone therapy” OR “Adjuvant therapy” OR “Antineoplastic drugs” OR MeSH descriptor: [Aromatase Inhibitors] explode all trees OR “Inhibitors, Aromatase” OR “Aromatase Inhibitor” OR “Inhibitor, Aromatase”	
AND	
Conceito: Psychology AND Treatment Adherence and Compliance OR Medication Adherence	
MeSH descriptor: [Psychology] explode all trees OR “Psychosocial Factors” OR “Factor, Psychosocial” OR “Factors, Psychosocial” OR “Psychosocial Factor” OR “Psychological Factors” OR “Factor, Psychological” OR “Psychological Factor” OR “Factors, Psychological” “cognitive aspects” OR “emotional aspects” OR “psychosomatic aspects” OR “psychiatric aspects” OR “psychogenic aspects” OR “psychosocial aspects” OR “affective aspects” OR “mental aspects”	
AND	

MeSH descriptor: [Treatment Adherence and Compliance] explode all trees
 “Treatment Adherence” OR “Adherence, Treatment” OR “Therapeutic Adherence”
 OR “Adherence, Therapeutic” OR MeSH descriptor: [Medication Adherence] explode
 all trees OR “Adherence, Medication” OR “Drug Adherence” OR “Medication
 Nonadherence” OR “Nonadherence, Medication” OR “Medication Non Adherence”
 OR “Medication Persistence” OR “Persistence, Medication” OR “Medication
 Compliance” OR “Compliance, Medication” OR “Medication Non Compliant” OR
 “Non-Compliance, Medication” OR “Drug Compliance” OR “Patient Adherence” OR
 “Treatment Compliance” OR “Compliance, Treatment” OR “Treatment Compliances”
 OR “Therapeutic Compliance”

PubMed

Busca com População, Intervenção e Filtro	
Data da busca: 29/01/2024	Resultado: 831 referências
População: Breast Neoplasms AND Neoadjuvant Therapy OR Radiotherapy, Adjuvant OR Chemotherapy, Adjuvant OR Tamoxifen OR Aromatase Inhibitors	
("Breast Neoplasms"[Mesh] OR (Breast Neoplasm) OR (Neoplasm, Breast) OR (Breast Tumors) OR (Breast Tumor) OR (Tumor, Breast) OR (Tumors, Breast) OR (Neoplasms, Breast) OR (Breast Cancer) OR (Cancer, Breast) OR (Mammary Cancer) OR (Cancer, Mammary) OR (Cancers, Mammary) OR (Mammary Cancers) OR (Malignant Neoplasm of Breast) OR (Breast Malignant Neoplasm) OR (Breast Malignant Neoplasms) OR (Malignant Tumor of Breast) OR (Breast Malignant Tumor) OR (Breast Malignant Tumors) OR (Cancer of Breast) OR (Cancer of the Breast) OR (Mammary Carcinoma, Human) OR (Carcinoma, Human Mammary) OR (Carcinomas, Human Mammary) OR (Human Mammary Carcinomas) OR (Mammary Carcinomas, Human) OR (Human Mammary Carcinoma) OR (Mammary Neoplasms, Human) OR (Human Mammary Neoplasm) OR (Human Mammary Neoplasms) OR (Neoplasm, Human Mammary) OR (Neoplasms, Human Mammary) OR (Mammary Neoplasm, Human) OR (Breast Carcinoma) OR (Breast Carcinomas) OR (Carcinoma, Breast) OR (Carcinomas, Breast) OR (Women breast cancer) OR (Female breast cancer))	
AND	
((((("Neoadjuvant Therapy"[Mesh] OR (Neoadjuvant Therapies) OR (Therapy, Neoadjuvant) OR (Neoadjuvant Treatment) OR (Neoadjuvant Treatments) OR (Treatment, Neoadjuvant) OR (Neoadjuvant Radiotherapy) OR (Neoadjuvant Chemotherapy) OR (Chemotherapy, Neoadjuvant) OR (Neoadjuvant Systemic Therapy) OR (Neoadjuvant Systemic Treatment)) OR ("Radiotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR (Adjuvant Radiotherapy) OR (Adjuvant Radiotherapies) OR (Radiotherapies, Adjuvant))) OR ("Chemotherapy, Adjuvant"[Mesh] OR (Drug Therapy, Adjuvant) OR (Adjuvant Chemotherapy) OR (Adjuvant Drug Therapy) OR (Chemotherapy))) OR ("Tamoxifen"[Mesh] OR (Tamoxifen Citrate) OR (Citrate, Tamoxifen) OR (Endocrine therapy) OR (adjuvant hormonal therapy) OR (estrogen antagonist) OR (estrogen receptor modulator) OR (selective estrogen receptor modulator) OR (Hormone therapy) OR (Adjuvant therapy) OR (Antineoplastic drugs))) OR ("Aromatase Inhibitors"[Mesh] OR (Inhibitors, Aromatase) OR (Aromatase Inhibitor) OR (Inhibitor, Aromatase)))	
AND	

Conceito: Psychology AND Treatment Adherence and Compliance OR Medication Adherence
((("Treatment Adherence and Compliance"[Mesh] OR (Treatment Adherence) OR (Adherence, Treatment) OR (Therapeutic Adherence) OR (Adherence, Therapeutic)) OR ("Medication Adherence"[Mesh] OR (Adherence, Medication) OR (Drug Adherence) OR (Medication Nonadherence) OR (Nonadherence, Medication) OR (Medication Non Adherence) OR (Medication Persistence) OR (Persistence, Medication) OR (Medication Compliance) OR (Compliance, Medication) OR (Medication Non Complianc) OR (Non-Compliance, Medication) OR (Drug Compliance) OR (Patient Adherence) OR (Treatment Compliance) OR (Compliance, Treatment) OR (Treatment Compliances) OR (Therapeutic Compliance))) AND ("Psychology"[Mesh] OR (Psychosocial Factors) OR (Factor, Psychosocial) OR (Factors, Psychosocial) OR (Psychosocial Factor) OR (Psychological Factors) OR (Factor, Psychological) OR (Psychological Factor) OR (Factors, Psychological) (cognitive aspects) OR (emotional aspects) OR (psychosomatic aspects) OR (psychiatric aspects) OR (psychogenic aspects) OR (psychosocial aspects) OR (affective aspects) OR (mental aspects))
Filtro: nenhum

EMBASE

Busca com População, Intervenção e Filtro	
Data da busca: 30/01/2024	Resultado: 108 Referencias
População: breast tumor AND Neoadjuvant Therapy OR adjuvant radiotherapy OR adjuvant chemotherapy OR Tamoxifen OR aromatase inhibitor (traduzido para os termos Entree)	
('bilateral breast neoplasm'/exp OR 'bilateral breast neoplasm' OR 'bilateral breast tumor'/exp OR 'bilateral breast tumor' OR 'bilateral breast tumour'/exp OR 'bilateral breast tumour' OR 'breast gland tumor'/exp OR 'breast gland tumor' OR 'breast gland tumour'/exp OR 'breast gland tumour' OR 'breast mass'/exp OR 'breast mass' OR 'breast neoplasia'/exp OR 'breast neoplasia' OR 'breast neoplasm'/exp OR 'breast neoplasm' OR 'breast neoplasms'/exp OR 'breast neoplasms' OR 'breast neoplasms, male'/exp OR 'breast neoplasms, male' OR 'breast tumorigenesis'/exp OR 'breast tumorigenesis' OR 'breast tumour'/exp OR 'breast tumour' OR 'female breast neoplasm'/exp OR 'female breast neoplasm' OR 'female breast tumor'/exp OR 'female breast tumor' OR 'female breast tumour'/exp OR 'female breast tumour' OR 'male breast neoplasm'/exp OR 'male breast neoplasm' OR 'male breast tumor'/exp OR 'male breast tumor' OR 'male breast tumour'/exp OR 'male breast tumour' OR 'mamma tumor'/exp OR 'mamma tumor' OR 'mamma tumour'/exp OR 'mamma tumour' OR 'mammary gland neoplasia'/exp OR 'mammary gland neoplasia' OR 'mammary gland neoplasm'/exp OR 'mammary gland neoplasm' OR 'mammary gland tumor'/exp OR 'mammary gland tumor' OR 'mammary gland tumorigenesis'/exp OR 'mammary gland tumorigenesis' OR 'mammary gland tumour'/exp OR 'mammary gland tumour' OR 'mammary neoplasia'/exp OR 'mammary neoplasia' OR 'mammary neoplasm'/exp OR 'mammary neoplasm' OR 'mammary neoplasms'/exp OR 'mammary neoplasms' OR 'mammary tumor'/exp OR 'mammary tumor' OR 'mammary tumor cell'/exp OR 'mammary tumor cell' OR 'mammary tumorigenesis'/exp OR 'mammary tumorigenesis' OR 'mammary tumour'/exp OR 'mammary tumour' OR 'mammary	

tumour cell'/exp OR 'mammary tumour cell' OR 'mass in the breast'/exp OR 'mass in the breast' OR 'masses in the breast'/exp OR 'masses in the breast' OR 'neoplasia of the breast'/exp OR 'neoplasia of the breast' OR 'neoplasm of the breast'/exp OR 'neoplasm of the breast' OR 'neoplasm of the mammary gland'/exp OR 'neoplasm of the mammary gland' OR 'neoplastic breast'/exp OR 'neoplastic breast' OR 'neoplastic mammary'/exp OR 'neoplastic mammary' OR 'neoplastic mammary gland'/exp OR 'neoplastic mammary gland' OR 'tumor of the breast'/exp OR 'tumor of the breast' OR 'tumor of the female breast'/exp OR 'tumor of the female breast' OR 'tumor of the male breast'/exp OR 'tumor of the male breast' OR 'tumor of the mammary gland'/exp OR 'tumor of the mammary gland' OR 'tumorigenesis of the breast'/exp OR 'tumorigenesis of the breast' OR 'tumorigenesis of the mammary gland'/exp OR 'tumorigenesis of the mammary gland' OR 'tumour of the male breast'/exp OR 'tumour of the male breast' OR 'unilateral breast neoplasm'/exp OR 'unilateral breast neoplasm' OR 'unilateral breast neoplasms'/exp OR 'unilateral breast neoplasms' OR 'unilateral breast tumor'/exp OR 'unilateral breast tumor' OR 'breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim

AND

('neo-adjuvant therapy'/exp OR 'neo-adjuvant therapy' OR 'neo-adjuvant treatment'/exp OR 'neo-adjuvant treatment' OR 'neoadjuvant treatment'/exp OR 'neoadjuvant treatment' OR 'neoadjuvant therapy'/exp OR 'neoadjuvant therapy') AND [embase]/lim OR ('radiotherapy, adjuvant'/exp OR 'radiotherapy, adjuvant' OR 'adjuvant radiotherapy'/exp OR 'adjuvant radiotherapy') AND [embase]/lim OR ('chemotherapy, adjuvant'/exp OR 'chemotherapy, adjuvant' OR 'adjuvant chemotherapy'/exp OR 'adjuvant chemotherapy') AND [embase]/lim OR ('1 (para beta dimethylaminoethoxy phenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR '1 (para beta dimethylaminoethoxy phenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR '1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenyl 1 butene'/exp OR '1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenyl 1 butene' OR '1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR '1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR '1 [4 (2 diethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR '1 [4 (2 diethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR '1 [4 (2 dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenyl 1 butene'/exp OR '1 [4 (2 dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenyl 1 butene' OR '1 [4 (2 dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR '1 [4 (2 dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene hydrobromide'/exp OR '1 [4 (2 dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene hydrobromide' OR '1 [para (beta dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR '1 [para (beta dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR '1 para (2 dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 cis diphenylbut 1 ene hydrobromide'/exp OR '1 para (2 dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 cis diphenylbut 1 ene hydrobromide' OR '2 [4 (1, 2 diphenyl 1 buten 1 yl) phenoxy] n, n dimethylethylamine'/exp OR '2 [4 (1, 2 diphenyl 1 buten 1 yl) phenoxy] n, n dimethylethylamine' OR 'ebefen'/exp OR 'ebefen' OR 'kessar'/exp OR 'kessar' OR 'nsc 180973'/exp OR 'nsc 180973' OR 'pt 101'/exp OR 'pt 101' OR 'pt101'/exp OR 'pt101' OR 'tamoplac'/exp OR 'tamoplac' OR 'tamoxasta'/exp OR 'tamoxasta' OR 'tamoxifene'/exp OR 'tamoxifene' OR 'trans 1 (para alpha dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR 'trans 1 (para alpha dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR 'trans 1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenyl 1 butene'/exp OR 'trans 1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenyl 1

<p>butene' OR 'trans 1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR 'trans 1 (para beta dimethylaminoethoxyphenyl) 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR 'trans 1 [para (beta dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene'/exp OR 'trans 1 [para (beta dimethylaminoethoxy) phenyl] 1, 2 diphenylbut 1 ene' OR 'trans tamoxifen'/exp OR 'trans tamoxifen' OR 'tamoxifen'/exp OR 'tamoxifen' OR 'endocrine therapy'/exp OR 'endocrine therapy' OR 'adjuvant hormonal therapy' OR 'estrogen antagonist'/exp OR 'estrogen antagonist' OR 'estrogen receptor modulator' OR 'selective estrogen receptor modulator'/exp OR 'selective estrogen receptor modulator' OR 'hormone therapy'/exp OR 'hormone therapy' OR 'adjuvant therapy'/exp OR 'adjuvant therapy' OR 'antineoplastic drugs') AND [embase]/lim OR ('antineoplastics, aromatase inhibitors'/exp OR 'antineoplastics, aromatase inhibitors' OR 'aromatase inhibitors'/exp OR 'aromatase inhibitors' OR 'estrogen synthetase inhibitor'/exp OR 'estrogen synthetase inhibitor' OR 'oestrogen synthetase inhibitor'/exp OR 'oestrogen synthetase inhibitor' OR 'steroid aromatase inhibitor'/exp OR 'steroid aromatase inhibitor' OR 'aromatase inhibitor'/exp OR 'aromatase inhibitor') AND [embase]/lim</p>
AND
Conceito: Psychology AND patient compliance OR medication compliance
<p>('cognitive science'/exp OR 'cognitive science' OR 'psychology, applied'/exp OR 'psychology, applied' OR 'psychology, experimental'/exp OR 'psychology, experimental' OR 'psychology, military'/exp OR 'psychology, military' OR 'schizophrenic psychology'/exp OR 'schizophrenic psychology' OR 'psychology'/exp OR 'psychology') AND [embase]/lim</p> <p>AND</p> <p>('adherence to therapy'/exp OR 'adherence to therapy' OR 'adherence to treatment'/exp OR 'adherence to treatment' OR 'compliance to therapy'/exp OR 'compliance to therapy' OR 'compliance to treatment'/exp OR 'compliance to treatment' OR 'patient adherence'/exp OR 'patient adherence' OR 'patients` adherence'/exp OR 'patients` adherence' OR 'therapy adherence'/exp OR 'therapy adherence' OR 'therapy compliance'/exp OR 'therapy compliance' OR 'treatment adherence'/exp OR 'treatment adherence' OR 'treatment adherence and compliance'/exp OR 'treatment adherence and compliance' OR 'treatment compliance'/exp OR 'treatment compliance' OR 'patient compliance'/exp OR 'patient compliance') AND [embase]/lim OR ('compliance, drug'/exp OR 'compliance, drug' OR 'dosage adherence'/exp OR 'dosage adherence' OR 'dosage compliance'/exp OR 'dosage compliance' OR 'dose adherence'/exp OR 'dose adherence' OR 'dose compliance'/exp OR 'dose compliance' OR 'dosing adherence'/exp OR 'dosing adherence' OR 'dosing compliance'/exp OR 'dosing compliance' OR 'drug adherence'/exp OR 'drug adherence' OR 'drug compliance'/exp OR 'drug compliance' OR 'drug intake compliance'/exp OR 'drug intake compliance' OR 'drug regimen adherence'/exp OR 'drug regimen adherence' OR 'drug regimen compliance'/exp OR 'drug regimen compliance' OR 'medication adherence'/exp OR 'medication adherence' OR 'medication intake adherence'/exp OR 'medication intake adherence' OR 'medication compliance'/exp OR 'medication compliance') AND [embase]/lim</p>
Filtro: Nenhum

PsycINFO

Busca com População, Intervenção e Filtro	
Data da busca: 30/01/2024	Resultado: 65 referencias
População: Breast Neoplasms AND Neoadjuvant Therapy OR Radiotherapy, Adjuvant OR Chemotherapy, Adjuvant OR Tamoxifen OR Aromatase Inhibitors	
Any Field: Breast Neoplasms OR Any Field: Breast Neoplasm OR Any Field: Neoplasm, Breast OR Any Field: Breast Tumors OR Any Field: Breast Tumor OR Any Field: Tumor, Breast OR Any Field: Tumors, Breast OR Any Field: Neoplasms, Breast OR Any Field: Breast Cancer OR Any Field: Cancer, Breast OR Any Field: Mammary Cancer OR Any Field: Cancer, Mammary OR Any Field: Cancers, Mammary OR Any Field: Mammary Cancers OR Any Field: Malignant Neoplasm of Breast OR Any Field: Breast Malignant Neoplasm OR Any Field: Breast Malignant Neoplasms OR Any Field: Malignant Tumor of Breast OR Any Field: Breast Malignant Tumor OR Any Field: Breast Malignant Tumors OR Any Field: Cancer of Breast OR Any Field: Cancer of the Breast OR Any Field: Mammary Carcinoma, Human OR Any Field: Carcinoma, Human Mammary OR Any Field: Carcinomas, Human Mammary OR Any Field: Human Mammary Carcinomas OR Any Field: Mammary Carcinomas, Human OR Any Field: Human Mammary Carcinoma OR Any Field: Mammary Neoplasms, Human OR Any Field: Human Mammary Neoplasm OR Any Field: Human Mammary Neoplasms OR Any Field: Neoplasm, Human Mammary OR Any Field: Neoplasms, Human Mammary OR Any Field: Mammary Neoplasm, Human OR Any Field: Breast Carcinoma OR Any Field: Breast Carcinomas OR Any Field: Carcinoma, Breast OR Any Field: Carcinomas, Breast OR Any Field: Women breast cancer OR Any Field: Female breast cancer AND	
Any Field: Neoadjuvant Therapy OR Any Field: Neoadjuvant Therapies OR Any Field: Therapy, Neoadjuvant OR Any Field: Neoadjuvant Treatment OR Any Field: Neoadjuvant Treatments OR Any Field: Treatment, Neoadjuvant OR Any Field: Neoadjuvant Radiotherapy OR Any Field: Neoadjuvant Chemotherapy OR Any Field: Chemotherapy, Neoadjuvant OR Any Field: Neoadjuvant Systemic Therapy OR Any Field: Neoadjuvant Systemic Treatment OR Any Field: Radiotherapy, Adjuvant OR Any Field: Adjuvant Radiotherapy OR Any Field: Adjuvant Radiotherapies OR Any Field: Radiotherapies, Adjuvant OR Any Field: Chemotherapy, Adjuvant OR Any Field: Drug Therapy, Adjuvant OR Any Field: Adjuvant Chemotherapy OR Any Field: Adjuvant Drug Therapy OR Any Field: Chemotherapy OR Any Field: Tamoxifen OR Any Field: Tamoxifen Citrate OR Any Field: Citrate, Tamoxifen OR Any Field: Endocrine therapy OR Any Field: adjuvant hormonal therapy OR Any Field: estrogen antagonist OR Any Field: estrogen receptor modulator OR Any Field: selective estrogen receptor modulator OR Any Field: Hormone therapy OR Any Field: Adjuvant therapy OR Any Field: Antineoplastic drugs OR Any Field: Aromatase Inhibitors OR Any Field: Inhibitors, Aromatase OR Any Field: Aromatase Inhibitor OR Any Field: Inhibitor, Aromatase	
AND	
Conceito: Psychology AND Treatment Adherence and Compliance OR Medication Adherence	
Any Field: Treatment Adherence AND Any Field: Compliance OR Any Field: Treatment Adherence OR Any Field: Adherence, Treatment OR Any	

<p>Field: Therapeutic Adherence OR Any Field: Adherence, Therapeutic OR Any Field: Medication Adherence OR Any Field: Adherence, Medication OR Any Field: Drug Adherence OR Any Field: Medication Nonadherence OR Any Field: Nonadherence, Medication OR Any Field: Medication Non Adherence OR Any Field: Medication Persistence OR Any Field: Persistence, Medication OR Any Field: Medication Compliance OR Any Field: Compliance, Medication OR Any Field: Medication Non Complianc OR Any Field: Non-Compliance, Medication OR Any Field: Drug Compliance OR Any Field: Patient Adherence OR Any Field: Treatment Compliance OR Any Field: Compliance, Treatment OR Any Field: Treatment Compliances OR Any Field: Therapeutic Compliance</p> <p>AND</p> <p>Any Field: Psychology OR Any Field: Psychosocial Factors OR Any Field: Factor, Psychosocial OR Any Field: Factors, Psychosocial OR Any Field: Psychosocial Factor OR Any Field: Psychological Factors OR Any Field: Factor, Psychological OR Any Field: Psychological Factor OR Any Field: Factors, Psychological cognitive aspects OR Any Field: emotional aspects OR Any Field: psychosomatic aspects OR Any Field: psychiatric aspects OR Any Field: psychogenic aspects OR Any Field: psychosocial aspects OR Any Field: affective aspects OR Any Field: mental aspects</p>
Filtro: Nenhum

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Busca com População, Intervenção e Filtro	
Data da busca: 30/01/2024	Resultado: 811 referencias (MEDLINE 795/ Lilacs 7/ IBECS 5/ BDEFN - enfermagem 4/ WPRIM - pacífico ocidental 4)
<p>População: Breast Neoplasms AND Neoadjuvant Therapy OR Radiotherapy, Adjuvant OR Chemotherapy, Adjuvant OR Tamoxifen OR Aromatase Inhibitors</p> <p>(mh:"Breast Neoplasms" OR (breast neoplasms) OR (neoplasias de la mama) OR (neoplasias da mama) OR (breast neoplasm) OR (neoplasm, breast) OR (breast tumors) OR (breast tumor) OR (tumor, breast) OR (tumors, breast) OR (neoplasms, breast) OR (breast cancer) OR (cancer, breast) OR (mammary cancer) OR (cancer, mammary) OR (cancers, mammary) OR (mammary cancers) OR (malignant neoplasm of breast) OR (breast malignant neoplasm) OR (breast malignant neoplasms) OR (malignant tumor of breast) OR (breast malignant tumor) OR (breast malignant tumors) OR (cancer of breast) OR (cancer of the breast) OR (mammary carcinoma, human) OR (carcinoma, human mammary) OR (carcinomas, human mammary) OR (human mammary carcinomas) OR (mammary carcinomas, human) OR (human mammary carcinoma) OR (mammary neoplasms, human) OR (human mammary neoplasm) OR (human mammary neoplasms) OR (neoplasm, human mammary) OR (neoplasms, human mammary) OR (mammary neoplasm, human) OR (breast carcinoma) OR (breast carcinomas) OR (carcinoma, breast) OR (carcinomas, breast) OR (women breast cancer) OR (female breast cancer) OR mh:c04.588.180* OR mh:c17.800.090.500*)</p> <p>AND</p>	

<p>(mh:"Neoadjuvant Therapy" OR (neoadjuvant therapy) OR (terapia neoadjuvante) OR (terapia neoadjuvante) OR (neoadjuvant therapies) OR (therapy, neoadjuvant) OR (neoadjuvant treatment) OR (neoadjuvant treatments) OR (treatment, neoadjuvant) OR (neoadjuvant radiotherapy) OR (neoadjuvant chemotherapy) OR (chemotherapy, neoadjuvant) OR (neoadjuvant systemic therapy) OR (neoadjuvant systemic treatment) OR mh:e02.186.450*) OR (mh:"Radiotherapy, Adjuvant" OR (radiotherapy, adjuvant) OR (radioterapia ayuvante) OR (radioterapia adjuvante) OR (adjuvant radiotherapy) OR (adjuvant radiotherapies) OR (radiotherapies, adjuvant) OR mh:e02.186.775* OR mh:e02.815.600*) OR (mh:"Chemotherapy, Adjuvant" OR (chemotherapy, adjuvant) OR (quimioterapia adyuvante) OR (quimioterapia adjuvante) OR (drug therapy, adjuvant) OR (adjuvant chemotherapy) OR (adjuvant drug therapy) OR (chemotherapy) OR mh:e02.186.170* OR mh:e02.319.170*) OR (mh:tamoxifen OR (tamoxifen) OR (tamoxifeno) OR (tamoxifeno) OR (tamoxifen citrate) OR (citrate, tamoxifen) OR (endocrine therapy) OR (adjuvant hormonal therapy) OR (estrogen antagonist) OR (estrogen receptor modulator) OR (selective estrogen receptor modulator) OR (hormone therapy) OR (adjuvant therapy) OR (antineoplastic drugs) OR mh:d02.455.426.559.389.150.700.900*) OR (mh:"Aromatase Inhibitors" OR (aromatase inhibitors) OR (inibidores de la aromatasa) OR (inibidores da aromatase) OR (inhibitors, aromatase) OR (aromatase inhibitor) OR (inhibitor, aromatase) OR mh:d27.505.519.389.870.300* OR mh:d27.505.696.399.450.327.149* OR mh:d27.505.696.399.450.855.300*)</p>
AND
Conceito: Psychology AND Treatment Adherence and Compliance OR Medication Adherence
<p>(mh:"Treatment Adherence and Compliance" OR (treatment adherence AND compliance) OR (cumplimiento y adherencia al tratamiento) OR (cooperação e adesão ao tratamento) OR (treatment adherence) OR (adherence, treatment) OR (therapeutic adherence) OR (adherence, therapeutic) OR mh:f01.100.150.750* OR mh:f01.145.488.887* OR mh:n05.300.150.800*) OR (mh:"Medication Adherence" OR (medication adherence) OR (cumplimiento de la medicación) OR (adesão à medicação) OR (adherence, medication) OR (drug adherence) OR (medication nonadherence) OR (nonadherence, medication) OR (medication non adherence) OR (medication persistence) OR (persistence, medication) OR (medication compliance) OR (compliance, medication) OR (medication non complianc) OR (non-compliance, medication) OR (drug compliance) OR (patient adherence) OR (treatment compliance) OR (compliance, treatment) OR (treatment compliances) OR (therapeutic compliance) OR mh:f01.100.150.750.500.600.500* OR mh:f01.145.488.887.500.600.500* OR mh:n05.300.150.800.500.600.500*)</p> <p>AND</p> <p>(mh:psychology OR (psychology) OR (psicología) OR (psicologia) OR (psychosocial factors) OR (factor, psychosocial) OR (factors, psychosocial) OR (psychosocial factor) OR (psychological factors) OR (factor, psychological) OR (psychological factor) OR (factors, psychological) (cognitive aspects) OR (emotional aspects) OR (psychosomatic aspects) OR (psychiatric aspects) OR (psychogenic aspects) OR (psychosocial aspects) OR (affective aspects) OR (mental aspects) OR mh:f04.096.628* OR mh: sp8.946.936.991.964*)</p>
Filtro: Nenhum

Busca na literatura cinzenta			
Fonte de informação	Estratégia utilizada	Resultado	Data da busca
BASE (Bielefeld Academic Serch Engine)	“Breast Neoplasms” OR “Breast Cancer” AND “Neoadjuvant Therapy” OR “Radiotherapy, Adjuvant” OR “Chemotherapy, Adjuvant” OR “Tamoxifen” OR “Aromatase Inhibitors” AND “Treatment Adherence and Compliance” OR “Medication Adherence” AND “Psychology” OR “Psychosocial Factors”	32 referências	02/02/2024
Google scholar	“Breast neoplasms” AND “Neoadjuvant Therapy” OR “Radiotherapy, Adjuvant” OR “Chemotherapy, Adjuvant” OR “Tamoxifen” OR “Aromatase Inhibitors” AND “Treatment Adherence and Compliance” OR “Medication Adherence” AND “Psychology” OR “Psychosocial Factors”	42 referências	02/02/2024
BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações)	câncer de mama AND adesão ao tratamento	85 referências	02/02/2024

Apêndice II: Características dos estudos incluídos

Primeiro autor, ano e país	Objetivo	Desenho de estudo/ tratamento utilizado	Avaliação/ resultado adesão e/ou persistência	Características da amostra	Resultados associados à adesão e/ou persistência
Adisa, A. O. 2008. Nigéria.	Estudar mulheres em quimioterapia para CM que deixaram de tomar seus medicamentos.	Estudo retrospectivo/ Quimioterapia	Autorrelato/ Não adesão 18%	N = 101. Idade média 35,6 anos. Estágio II da doença 55,6%.	Se sentir melhor após o início da quimioterapia, maior bem-estar.

Anderson, J. N. 2023. EUA.	Explorar fatores sobre a comunicação médico-paciente sobre saúde sexual e como afetam a adesão.	Pesquisa qualitativa/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 31%	N= 32. Idade média 59 anos. Estágio I da doença 52%. 52% utilizavam tamoxifeno.	Descrença na eficácia da TEA e preocupações sobre sintomas sexuais relacionados à TEA.
Ayres, A. 1994. EUA.	Determinar o humor e a atitude em relação ao câncer poderiam prever a adesão à quimioterapia intravenosa.	Estudo prospectivo/ Quimioterapia	Prontuário médico/ Não adesão 37%	74 participantes. 30% tinham entre 30 e 45 anos. Estágio I da doença 46%.	Se sentir mais ansioso e deprimido, ter maior espírito de luta e vigor, se sentir mais culpado e hostil.
Bender, C. M. 2014. EUA.	Avaliar de forma abrangente o paciente e os fatores de doença ou tratamento que podem prever a não adesão à TEA.	Estudo longitudinal prospectivo/ TEA	MEMS/ Adesão 99% - 96% em um mês	91 participantes. Idade média 56,7 anos. Estágio I da doença 59,3%.	Sintomas depressivos, de ansiedade e humor negativo.
Bluethmann, S. M. 2017. EUA.	Explorar as experiências das mulheres, a avaliação e o manejo dos efeitos colaterais e decisões de iniciar, interromper ou manter a TEA.	Métodos mistos com ênfase qualitativa/ TEA	Autorrelato/ Adesão 56,7% e não adesão 43,3%	30 participantes. Idade média 57 anos. Estágio I da doença 43,3%. 66,7% utilizavam IA.	Interação médico-paciente, preocupações com o câncer, como medo da recorrência.
Brett, J. 2018. Inglaterra	Explorar os fatores que influenciam a adesão ou não à TEA.	Estudo qualitativo/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 41%	32 participantes. Idade média 59 - 64. 59,4% utilizavam tamoxifeno.	Receber informações e preocupações sobre a TEA, auto-eficácia, relacionamento com equipe de saúde e família, carga dos efeitos colaterais.
Brier, M. J. 2017. EUA.	Avaliar a relação entre crenças em saúde e adesão aos IAs.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Prontuário médico/ Não adesão 21,3%	437 participantes. 46,0% tinham entre 45-65 anos. Todos usavam IA.	Barreiras percebidas como dificuldades enfrentadas para aderir ao tratamento.
Brier, M. J. 2018. EUA.	Examinar se as percepções de envelhecimento associadas à artralgia preveem a não adesão à TEA.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Prontuário médico/ Não adesão 28,3%	509 participantes. 58,7% tinham entre 56-70 anos. Estágio I da doença 57,8%. Todas usavam IA.	Altos níveis de sintomas depressivos.

Bright, E. E. 2016. EUA.	Examinar as barreiras e os facilitadores de adesão à TEA.	Estudo transversal/ TEA	Escala de Adesão à Medicação de Morisky/ Adesão total 61%	1371 participantes. Idade média 56 anos. IA foi mais utilizado.	Necessidade percebida da TEA e emoções negativas relacionadas à TEA.
Cahir, C. 2015. Irlanda.	Identificar os determinantes modificáveis do comportamento de consumo de medicação de TEA em ambientes de prática clínica.	Revisão sistemática/ TEA	Autorrelato, MEMS, dados de prescrição e revisão de prontuários.	45 estudos incluídos. O número de participantes variou de 100 a 22.160 e a idade média de 51 a 77.	Autoeficácia, má comunicação médico paciente, crenças sobre o tratamento, apoio social e informações sobre o tratamento.
Cahir, C. 2015. Irlanda.	Investigar as influências modificáveis no comportamento de uso de medicamentos de TEA.	Estudo transversal/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 22,6% e não persistência 32,2%	31 participantes. Idade média de 51 anos.	Crenças, percepções em relação a TEA, medo e preocupações para iniciar o tratamento e de se tornar dependente, desconfiança no tratamento, falta de apoio clínico e de informações.
Clancy, C. 2020. Irlanda.	Sintetizar a literatura disponível relacionada às experiências de adesão e persistência à TEA.	Revisão sistemática/ TEA	Não declarado	24 estudos incluídos. No geral os estudos incluíram 577 mulheres.	Crenças pessoais, medo da recorrência, apoio informativo dos profissionais de saúde e o apoio social.
Colleoni, M. 2000. Italia.	Relatar o grau de aceitação da quimioterapia adjuvante em pacientes com CM que apresentam depressão.	Estudo qualitativo retrospectivo/ Quimioterapia	Prontuário médico/ Adesão 51,3% - 92,2%	117 participantes. Idade média 49 - 78 anos. A maioria apresentava estágio I da doença.	Depressão e apoio psicológico.
Constanze, E. 2022. Suíça.	Avaliar as crenças e preocupações em relação à TEA e a confiança no médico assistente.	Estudo transversal/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 14,1%.	269 participantes. Idade média de 59 anos. 51,5% utilizavam IA.	Confiança no médico assistente e menor preocupação em relação à TEA.
Corter, A. L. 2018. Nova Zelândia.	Explorar preditores de não adesão e preditores de interrupção do tratamento.	Estudo de coorte longitudinal prospectivo/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 36% e não persistência 30%.	125 participantes. Idade média de 56 anos. Estágio II da doença 46%. 74% utilizavam tamoxifeno.	Crenças de controle do tratamento, crenças de coerência, maiores preocupações e crenças de menor necessidade.

De Souza, B. F. 2014. Brasil.	Verificar sintomas depressivos e adesão à quimioterapia.	Estudo transversal/ Quimioterapia	Escala de Adesão à Medicação de Morisky/ Não adesão 46,4%.	112 participantes. Idade entre 26 e 90 anos.	Depressão moderada ou grave.
Dean, L. T. 2017. EUA.	Examinar se a desconfiança do sistema de saúde está associada a seguir ou não as recomendações do médico para a TEA.	Estudo transversal/ TEA, quimioterapia e radioterapia	Autorrelato/ Não adesão radioterapia 10%; quimio. 11% e TEA 18%.	2.754 participantes. Idade média de 52 anos. Estágio I da doença 49,6%.	Desconfiança no sistema de saúde.
Farias, A. J. 2016. EUA.	Compreender, da perspectiva do paciente, como seus médicos se comunicam com ele sobre a TEA.	Estudo qualitativo/ TEA	Não se aplica	22 participantes. 50% utilizavam IA e 50% tamoxifeno.	Comunicação médico-paciente, troca de informações, tomada de decisão, apoio emocional e autogerenciamento do cuidado.
Grossman, V. L. 2016. EUA.	Explorar os fatores de adesão e a relação entre adesão e estresse traumático, depressão e sofrimento sintomático.	Estudo não experimental correlacional/ TEA	MEMS/ Adesão 85%	40 participantes. Idade média 59 anos. Estágio I da doença 69,2%. 85% utilizavam IA.	Trauma e/ou estresse pós-traumático.
Grunfeld, E. A. 2005. Inglaterra.	Investigar as percepções do tratamento e os efeitos colaterais e como estes se relacionam com a adesão.	Estudo transversal/ TEA	Autorrelato com pergunta única e MARS/ Não adesão 12%.	110 participantes. Idade média 56,3 anos. Todas utilizavam tamoxifeno.	Crença positiva e negativa em relação à TEA.
Guidolin, K. 2018. Inglaterra.	Determinar as razões declaradas pelo paciente para o não recebimento da radioterapia.	Estudo retrospectivo/ Radioterapia	Não se aplica	267 participantes que não receberam radioterapia.	Crença negativa em relação ao tratamento.
Güth, U. 2015. Suíça	Avaliar a interação de “laços familiares” em uma coorte de pacientes jovens com CM.	Estudo prospectivo/ TEA, radioterapia e quimioterapia	Análise de banco de dados/ Radioterapia NA = 4,3%, Quimio. NA= 7,9% NP = 5,2% TEA NA= 20,9% e NP= 23,5%.	100 participantes. Idade média 35,9 anos. Estágio I 36%.	Desejo de ter filhos, falta de crença na necessidade e efeito do tratamento, medo dos efeitos colaterais do tratamento e ter filhos.

Hadji, P. 2010. Alemanha	Avaliar os dados relativos à adesão e persistência à TEA e apresentar estratégias para sua melhoria.	Revisão da literatura/ TEA	Não declarado	Três estudos incluídos.	Crenças, relação paciente-profissional de saúde, problemas psicológicos (especialmente depressão), consciência do tratamento, discussão sobre adesão e dúvidas, satisfação e educação do paciente.
Harrow, A. 2014. Escócia.	Explorar se as experiências e as crenças, efeitos colaterais experimentados e as interações com os profissionais de saúde influenciam a adesão.	Estudo qualitativo/ TEA	Autorrelato/ Adesão 53,3% e não persistência 10%.	30 participantes. 50% tinham entre 50-64 anos. 53,3% utilizavam tamoxifeno.	Crenças positivas sobre a eficácia do medicamento e o desejo de continuar.
Haskins, Cole B. 2019. EUA.	Examinar o papel das doenças mentais específicas na adesão à TEA.	Estudo de coorte/ TEA	Proporção de Dias Cobertos (PDC)/ Não adesão 20%, não persistência em cinco anos 25,7%.	21.894 participantes. 44,1% tinham entre 75-84 anos. Estágio I da doença 60,3%. IAs foram utilizados por 78,0%.	Demência ou transtornos bipolares e psicóticos, transtornos por uso de substâncias e ansiedade.
Heisig, S. R. 2016. Alemanha	Identificar correlatos das expectativas de tratamento antes do início da TEA.	Estudo transversal/ TEA	Não se aplica	165 participantes. Idade média 58 anos. Estágio I da doença 58,8%. 51,5% utilizavam tamoxifeno.	Preocupações sobre a TEA.
Hershman, D. L. 2016. EUA.	Determinar as associações entre fatores psicossociais e a não persistência da TEA.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Registros de prescrição nas farmácias/ Não persistência em 2 anos 18%.	523 participantes. 50,5% tinham menos que 60 anos. Estágio I da doença 60,6%. 68,1% utilizavam IA.	Atitudes positiva em relação ao TE e maior satisfação com o tratamento e aumento do sofrimento.
Huiart, L. 2013. França.	Sintetizar o conhecimento atual sobre adesão e persistência à TEA para CM.	Revisão da literatura/ TEA	Não se aplica	12 estudos indicaram os resultados apresentados.	Apoio social, se perceber sozinho na decisão de tratamento, informação sobre a TEA e percepção de interesse pelo tratamento.

Mendoza, A. H. 2018. EUA.	Identificar quais construtos da Teoria do comportamento planejado estão mais fortemente associados às intenções de adesão à TEA.	Estudo transversal prospectivo/ TEA	Não se aplica	280 participantes. Idade média 58,8 anos. Estágio I da doença 46,8%	Atitudes positivas e negativas, emoções antecipatórias positivas e negativas.
Jiang, H. 2022. China.	Investigar o status da adaptação psicológica, adesão à TEA e qualidade de vida e a relação entre esses fatores.	Estudo transversal/ TEA	Escala de adesão à medicação de Morisky/ Não adesão 37,8%.	346 participantes. Idade média 50,4 anos. 36,99% utilizavam tamoxifeno.	Adaptação psicossocial.
Kaptein, A. A. 2021. Holanda.	Identificar determinantes psicossociais de adesão ao tratamento antineoplásico oral.	Revisão sistemática/ TEA	Prontuário médico, MEMS, autorrelato e registros eletrônicos de farmácia.	19 estudos indicaram os resultados apresentados.	Barreiras percebida e medo da TEA, crenças, ansiedade, perturbação do humor, apoio social, controle comportamental, atitudes e emoções, autoeficácia, sofrimento psicológico do câncer, depressão, comunicação e tratamento médico, atitudes e percepções da doença.
Kimmick, G. 2015. Inglaterra.	Compreender como os sintomas e fatores psicossociais estão relacionados com comportamentos de não adesão.	Estudo piloto transversal/ TEA	Escala de Adesão à Medicação de Morisky/ Não adesão 33,9%.	112 participantes. Idade média 63,7 anos. Estágio II da doença 50,0%. 82,1% utilizavam IA.	Menor autoeficácia no tratamento e na comunicação e crenças.
Koni, A. A. 2023. Palestina.	Determinar a taxa de adesão e estudar os fatores associados.	Estudo transversal/ TEA	MARS/ Adesão 62,3%.	106 participantes. Idade média 51,9 anos. 68,9% utilizavam IA.	Satisfação com o tratamento.
Lambert, L. K. 2018. Canadá.	Explorar as experiências e perspectivas e identificar os fatores psicossociais e do sistema de saúde que influenciam na persistência.	Metodologia descritiva interpretativa/ TEA	Autorrelato/ Não persistência 27,3%.	22 participantes. 50% tinham entre 45-60 anos e 50% entre 60-79 anos. 32% utilizavam tamoxifeno.	Percepção do risco de recorrência do CM, crenças, apoio social, relacionamento positivo com os médicos.

Lee, J. Y. 2018. Coreia	Identificar motivos de adesão à TEA.	Estudo transversal/ TEA	Escala de Adesão à Medicação de Morisky/ Não adesão 36,7%.	210 participantes. Idade média 50,31 anos. Estágio I-III da doença 87,6%. 77,6% utilizavam tamoxifeno.	Depressão, crenças de necessidade e autoeficácia.
Lin, C. 2017. EUA.	Identificar facilitadores e barreiras psicossociais potencialmente modificáveis de adesão à medicamentos anti cancer oral.	Revisão sistemática/ TEA e quimioterapia	MEMS, MARS, Escala de Adesão à Medicação Morisky, registros nas farmácias e discussão durante grupos focais.	21 estudos incluídos. 90%, n = 19 dos estudos investigaram a TEA e 10%, n = 2 investigaram a quimioterapia oral.	Crença, opiniões, emoções, conhecimento sobre a TEA, acesso a informações e alfabetização em saúde, relacionamento profissional de saúde e paciente, apoio social e autoeficácia.
Llarena, N. C. 2015. EUA.	Investigar a associação entre preocupações com a fertilidade e a não iniciação ou descontinuação precoce do tamoxifeno.	Estudo retrospectivo/ TEA	Registros de prescrição nas farmácias/ Não adesão 13,4% e não persistência 15,5%.	515 participantes. Idade média 41 anos. Estágio II da doença 35,5%. Todas utilizavam tamoxifeno.	Busca pela fertilidade.
Malinowski, C. 2022. EUA.	Explorar as informações e conselhos que as mulheres com CM fornecem para as recém diagnosticadas sobre o início da quimioterapia.	Estudo qualitativo/ Quimioterapia	Não declarado	22 participantes incluídos. Idade média 53,5 anos.	Apoio emocional, espiritual, financeiro e logístico da família e amigos.
Markovitz, L. C. 2017. EUA.	Testar um modelo teórico de não adesão médica que propõe que a depressão é o preditor mais proximal de não adesão à TEA.	Estudo transversal/ TEA	Escala de adesão à medicação de Morisky/ Adesão média 71%.	133 participantes. Idade média 68,4 anos. Estágio I da doença 40,6%.	Depressão e apoio social.

Montagna, E. 2021. Itália.	Analisar os fatores associados à má adesão ao tamoxifeno.	Revisão da literatura/ TEA	Registros de prescrição nas farmácias, autorrelato e avaliação sérica/ Não adesão variou em 17% - 40,6%.	44 estudos incluídos.	Falta de informação sobre a TEA, apoio social, confiança no tratamento, crenças, otimismo, ansiedade, depressão, medo de recorrência, autoeficácia, perspectiva de tempo, relação médico-paciente e falta de tomada de decisão partilhada.
Moon, Z. 2017. Inglaterra.	Identificar preditores de não adesão e não persistência à TEA.	Revisão sistemática/ TEA	MEMS, registros médicos, autorrelato e combinação/ Adesão média 79% - 56% e não persistência 21% - 48% do 1º ao 5º ano.	61 estudos incluídos.	Apoio social, otimismo, decisão compartilhada, desejo futuro de fertilidade, crenças, relação médico-paciente, autoeficácia, emoções, a importância percebida da terapia.
Moon, Z. 2017. Inglaterra.	Explorar a relação Modelo de Senso Comum de Representações de Doença e da Teoria do Comportamento Planejado e a não adesão.	Estudo transversal/ TEA	MARS/ Não adesão 9%.	777 participantes. Idade média 53 anos. Estágio da doença I - III. Todas utilizavam tamoxifeno.	Intensidade do efeito colateral, sofrimento, apoio social, crenças e informações sobre a TEA.
Moon, Z. 2017. Inglaterra.	Compreender as experiências das mulheres e identificar fatores que podem estar associados à não adesão.	Estudo qualitativo/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 12,5% e não persistência 15,6%.	32 participantes. Idade média 55 anos. Todas utilizavam tamoxifeno.	Crenças
Moon, Z. 2019. Inglaterra.	Examinar como as taxas de adesão ao tamoxifeno mudam ao longo de um ano e identificar preditores modificáveis de não adesão.	Estudo longitudinal/ TEA	MARS/ Não adesão 37% - 48% em 12 meses.	345 participantes. Não persistência 15%. Idade média 52 anos. Estágio II da doença 45%. Todas utilizavam tamoxifeno.	Crenças, percepção do controle comportamental, apoio social e níveis mais elevados de sofrimento.

Neugut, A. I. 2012. EUA.	Investigar as causas do não início, não adesão e da descontinuação precoce da quimioterapia adjuvante.	Estudo de coorte prospectivo/ Quimioterapia	Autorrelato/ Adesão 90%.	392 mulheres que receberam indicação para quimioterapia. Estágio II da doença 61%. 41% tinham entre 50-59 anos.	Crenças, comunicação com médicos e fortes expectativas de efeitos adversos.
Neugut, A. I. 2016. EUA.	Examinar a associação entre fatores demográficos, clínicos e psicossociais e a tomada de decisão com a descontinuação da quimioterapia.	Estudo de coorte prospectivo/ Quimioterapia	Revisão de prontuário do número de sessões prescritas/ Não persistência 11,9%.	445 participantes. Idade média 54,5 anos.	Toxicidade do regime quimioterápico e sintomas psicológicos.
Pan, Y. 2018. Alemanha	Examinar a estabilidade e o poder preditivo das expectativas iniciais do tratamento na adesão à TEA.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 14,7% após 2 anos.	116 participantes. Idade média 55,4 anos. Estágio I da doença 52%. 56,9% utilizavam IA.	Crenças sobre a TEA e enfrentamento esperado menos otimista.
Paranjpe, R. 2019. EUA.	Identificar e resumir as barreiras relatadas na literatura associadas à não adesão/não persistência à TEA.	Revisão da literatura/ TEA	Não disponível.	19 artigos incluídos. A idade média das pacientes variou entre 37 e 63,2 anos. A maioria apresentava estágio I ao III da doença.	Relação paciente-oncologista, apoio social, sintomas depressivos, crenças, medo de recorrência e emoções negativas, preocupações em relação ao tratamento e emoções negativas.
Ruggeri, S. Y. 2023. EUA.	Identificar taxas e determinantes que influenciam a não adesão à TEA entre mulheres idosas com CM.	Estudo retrospectivo, descritivo e correlacional/ TEA	MPR - taxa de posse de medicamento e PDC/ Não adesão 1,94% (MPR) - 6,35% (PDC).	141.457 participantes. Idade média de 73 anos. Estágio I da doença 65,36%. 86,1% utilizavam IA.	Ansiedade, depressão e outras doenças psicológicas, como esquizofrenia, transtorno bipolar e de humor.
Sawesi, S. 2014. EUA.	Avaliar as razões e os fatores associados à não adesão à TEA.	Revisão sistemática/ TEA	Autorrelato e registros médicos.	26 estudos incluídos. As idades dos participantes variaram de 16 a 95 anos.	Crenças, percepções, falta de informação e relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde.

Sheppard, V. B. 2014. EUA.	Examinar se a fragilidade basal, características sociodemográficas e as interações com os cuidados de saúde afetam os padrões de uso da TEA.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Prontuário médico e autorrelato/ Não adesão 14%. Persistência em cinco anos 48,5%.	1062 participantes. Idade média 72,8 anos. Estágio I da doença 47,7%. 79% utilizavam IA.	Otimismo, apoio emocional e tangível relação paciente-oncologista.
Shim, E. J. 2020. Coreia.	Examinar o medo da recorrência do câncer e a associação as crenças e taxas de adesão.	Estudo transversal/ TEA	Autorrelato/ Adesão 94,8%.	162 pacientes incluídos. Idade média 47,9 anos.	Não houve diferença no medo da recorrência entre aderentes e não aderentes
Simmons, K. 2001. Inglaterra.	Examinar o efeito dos tipos de câncer, características dos pacientes e percepções de cuidados, na adesão e conclusão do tratamento.	Estudo transversal/ Quimioterapia e radioterapia	Prontuário médico/ Não persistência 21,3%.	73 participantes com CM. Idade média 59,2 anos.	Nenhuma das variáveis psicológicas preditoras de adesão tiveram influência na adesão.
Simon, R. 2014. Canadá.	Avaliar os fatores evocados pelos pacientes, bem como os fatores demográficos e relacionados à doença que poderiam estar associados à não adesão à TEA.	Estudo transversal/ TEA	Autorrelato/ Adesão 80%.	161 participantes. Idade média 56,6 anos. Estágio I da doença 62,1%. 65,2% utilizavam IA.	Crenças, importância do diagnóstico, medo de recorrência, acompanhamento regular pela equipe médica, personalidade meticulosa, apoio social e presença de crianças.
Stanton, A. L. 2014. EUA.	Identificar potenciais contribuintes para a não adesão e a não persistência.	Estudo transversal/ TEA	Escala de adesão à medicação de Morisky/ Adesão 93,6% e não persistência 6,4%.	1.465 participantes. Idade média 56 anos. Estágio I e II da doença 74%. 66% utilizavam IA.	Relacionamento paciente-oncologista, crenças, emoções negativas relacionadas à TEA e sintomas depressivos.
Toivonen, K. I. 2021. Canadá.	Delinear fatores potencialmente modificáveis ao nível do paciente associados à adesão à TEA.	Estudo longitudinal/ TEA	MARS e PDC/ Adesão 95% ao longo de 12 meses.	133 participantes. Idade média 62 anos. Estágio I e II da doença 76%. 48,1% utilizavam IA.	Barreiras relacionadas ao medicamento e sistema de saúde e autoeficácia.
Toivonen, K. I. 2021. Canadá.	Investiga fatores que apoiam as mulheres no uso da TEA.	Estudo descritivo qualitativo/ TEA	Não se aplica	38 participantes. Idade média 60 anos. A maioria apresentava estágio I ou II da	Apoio e experiências com profissionais de saúde e relutância (necessidade de informação).

				doença. 52,2% utilizavam IA.	
Toivonen, K. I. 2021. Canadá.	Examinar fatores potencialmente modificáveis que estão associados à adesão da TEA.	Revisão sistemática/ TEA	Autorrelato e registros de prescrição nas farmácias, na maioria das vezes/ Adesão média 74,8% e não persistência 23,5%.	68 estudos incluídos. O tamanho da amostra variou de 31 a 13.539. Idade média de 36,9 a 72,8 anos.	Crenças, autoeficácia, sintomas depressivos, medo da recorrência, controle pessoal, otimismo, percepção de envelhecimento, comunicação dos profissionais de saúde, confiança no médico, apoio social, apoio emocional, apoio material.
Van L. 2014. EUA.	Avaliar as associações entre fatores psicossociais e a adesão à TEA.	Revisão sistemática/ TEA	Registros de prescrição nas farmácias, autorrelato e prontuário médico	14 estudos incluídos.	Apoio social, crença de necessidade, apoio emocional, recebimento de informações, medo da recorrência do câncer, comunicação dos oncologistas, autoeficácia nas consultas, participar das decisões e percepções do seu próprio papel.
Walker, H. E. 2016. EUA.	Descrever os sintomas atribuídos e as percepções à TEA e explorar se esses fatores estão associados à adesão.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Escala de adesão à medicação de Morisky/ Adesão 84% - 59% em um mês.	104 participantes. Idade média 39 anos. 89% utilizavam tamoxifeno.	Emoções positivas em relação à TE e emoções negativas.
Wasserman, J. 2019. EUA.	Avaliar comportamentos não aderentes e fatores associados entre mulheres jovens com CM.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Autorrelato/ Não adesão 51%.	384 participantes. Idade média 36 anos. 95% utilizavam tamoxifeno.	Apoio social e a confiança na decisão sobre a TEA.
Wells, J. S. 2015. Geórgia.	Elucidar o papel dos fatores sociodemográficos, sociais e comportamentais na adesão à quimioterapia.	Estudo transversal/ Quimioterapia	Prontuário médico/ Adesão 90% e não persistência 10%.	99 participantes. 36,4% tinham mais que 56 anos.	Depressão, visão fatalista do câncer, conhecimento sobre o CM e motivação para manter sua saúde.

Wouters, H. 2013. Holanda.	Identificar a natureza das experiências e crenças das mulheres a fim de encontrar determinantes da não adesão.	Estudo transversal/ TEA	MARS/ Adesão 57%, não adesão 8% e não persistência 8%.	37 participantes. Idade média 55 anos. 68% utilizavam tamoxifeno.	Experiências e crenças relativas à informação.
Wouters, H. 2014. Holanda.	Examinar as associações de experiências e percepções das mulheres em relação à eficácia, efeitos colaterais e problemas práticos da TEA com a não adesão.	Estudo transversal/ TEA	MARS, Escala de Adesão à Medicação de Morisky e MPR/ Adesão 85%.	241 participantes. Idade média 57 anos. 45% utilizavam IA.	Experiências e autoeficácia em relação à ingestão de medicamentos e ao aprendizado sobre a TEA.
Xu, H. 2020. China.	Explorar a experiência e os sentimentos associados à trajetória do tratamento à TEA e o que afeta o comportamento de tomar medicamentos.	Revisão sistemática/ TEA	Não se aplica	17 artigos incluídos.	O conhecimento sobre a TEA, crenças, planos de ter filhos, motivações pessoais e esperanças para o futuro, recorrência do CM e apoio social.
Yang, S. 2023. Coreia.	Identificar fatores que influenciam na adesão e classificá-los em dimensões específicas.	Revisão sistemática/ TEA	Autorrelato, registros médico e farmacêutico	146 estudos incluídos. Idade média da população 61,5 anos.	Depressão, ansiedade, crença pessoal, medo de recorrência, crença de necessidade, locus de controle interno, confiança na decisão e na equipe, autoeficácia, informação, satisfação e bom relacionamento com profissionais de saúde.
Yee, M. K. 2017. EUA.	Descrever e comparar o número de sintomas relacionados à quimioterapia e sofrimento associado durante o curso da quimioterapia.	Estudo longitudinal prospectivo/ Quimioterapia	Prontuário médico/ Não adesão 39,7%.	121 participantes. Estágio II da doença 53,7%. 66,1% tinham entre 41-60 anos.	Nível de sintomas e sofrimento.
Yusufov, M. 2021. EUA.	Identificar um perfil de sintomas psicológicos e relacionados à menopausa de adesão precoce ao tratamento.	Estudo longitudinal prospectivo/ TEA	Autorrelato/ Adesão 79,7% - 74% e não adesão 20,3% - 26% em seis semanas.	73 participantes. Idade média 55 anos. Estágio 0-I da doença 67,6%. 52% utilizavam tamoxifeno.	Sintomas depressivos, amplificação somatossensorial e ansiedade.

Zhao, Meng. 2022. China	Descrever a adesão à TEA e analisar as relações entre adesão, percepção da doença e crenças sobre medicamentos.	Estudo transversal/ TEA	MARS/ Adesão 86,6%.	202 participantes. Idade média 45,1 anos. Estágio II da doença 43,6%. 49,0% utilizavam tamoxifeno.	A percepção da doença, crenças sobre os medicamentos e crenças de coerência.
Seo, Y. K. 2021. Coreia.	Identificar fatores associados à intenção de continuação a TEA.	Estudo transversal/ TEA	Não se aplica	123 participantes incluídos. Idade média 58 anos. Estágio I da doença 44,7%. Todos utilizavam IA.	As crenças sobre a TEA e medo da recorrência do câncer.
Humphries, B. 2018. Canadá.	Identificar as crenças das mulheres em relação à adesão a TEA.	Estudo qualitativo/ TEA	Não se aplica	43 participantes. 55,8% utilizavam IA. 39,5% tinham entre 50-59 anos.	Acesso a informações, recorrência do câncer, arrependimento antecipado, padrões morais, autoidentidade e o carácter.
Yussof. I. 2022. Malásia.	Determinar a taxa e identificar correlatos de adesão e persistência ao longo de cinco anos de tratamento com TEA.	Revisão sistemática/ TEA	Autorrelato, prontuários, banco de dados, MPR e PDC/ Adesão média em cinco anos 66,2% e persistência 66,8%.	26 estudos incluídos. O tamanho médio da amostra foi de 5.392.	Depressão, dúvida e a descrença na eficácia da TEA.
Wells, K. J. 2016. EUA.	Avaliar as barreiras e facilitadores para o uso de TEA.	Estudo qualitativo/ TEA	Não se aplica	25 participantes. Idade média 59,92 anos. 68% utilizavam IA.	Interações positivas com a equipe de saúde e lembretes familiares e razões pessoais.
Cluze. C. 2012. França.	Estimar a incidência de interrupção do tamoxifeno e seus correlatos entre mulheres mais jovens.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Registros de prescrição/ Não adesão 7% e não persistência 42% nos primeiros 2 anos.	196 participantes. Idade média 37 anos. Estágio II da doença 51%.	Falta de informações sobre o tratamento, apoio social insuficiente e medo da recorrência.
Mausbach, B. T. 2015. EUA.	Analisar as evidências disponíveis sobre os efeitos da depressão na não adesão à TEA.	Revisão sistemática/ TEA	MEMS, autorrelato e MPR	9 estudos incluídos. A idade média variou de 37-67,2 anos.	Maiores sintomas depressivos.

Kroenke, C. H. 2018. EUA.	Avaliar associações entre apoio social pessoal e clínico e não adesão TEA.	Estudo de coorte prospectivo/ TEA	Registros de prescrição/ Adesão 79%, não adesão 22% e não persistência 24%.	3.382 participantes. Idade média 58-60 anos. Estágio I da doença 70%.	Apoio social pessoal e clínico.
Fink, A. K. 2004. EUA.	Investigar preditores de descontinuação ao longo de 2 anos com foco no papel das crenças dos pacientes sobre riscos e benefícios da terapia.	Estudo longitudinal/ TEA	Registros de prescrição e autorrelato/ Não persistência em dois anos 17%.	516 participantes. Todas utilizavam tamoxifeno. 61,8% tinham entre 70-79 anos.	Crenças neutras ou negativas sobre riscos e benefícios do tamoxifeno.
Murphy, C.C. 2013. EUA.	Determinar a prevalência e identificar correlatos de adesão e persistência à TEA.	Revisão sistemática/ TEA	Registros de prescrição, prontuários autorrelato/ Adesão 41% - 72% e não persistência de 31% - 73% em cinco anos	29 estudos incluídos. A idade média variou entre 36,9-67,7 anos.	Menor necessidade percebida da terapia e apoio social e do profissional de saúde.
Verbrugghe, M. 2015. Bélgica.	Analisar o processo de (não) adesão e (não) persistência, fatores associados e sua inter-relação.	Estudo transversal/ TEA	Não se aplica	31 participantes. A maioria dos participantes tinha >50 anos. 54,8% utilizavam IA.	Expectativas quanto ao impacto do tratamento, suporte social de familiares e amigos e o reconhecimento dos profissionais de saúde.

Legenda - CM: Câncer de mama MEMS: Monitoramento microeletrônico de eventos de medicação, abertura da tampa do frasco. MPR: Proporção ou porcentagem de dias em que o medicamento foi fornecido/ posse de medicamentos. PDC: Proporção de Dias Cobertos. TEA: Terapia Endócrina Adjuvante.

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor com base nos estudos incluídos (2024).

ARTIGO III - Intervenções psicossociais para adesão à Terapia Endócrina Adjuvante e preditores psicossociais: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados

RESUMO

Antecedentes: As evidências a respeito de intervenções que buscaram aumentar as taxas de adesão à Terapia Endócrina Adjuvante (TEA) não se mostraram eficazes e nem consideraram os variados fatores psicossociais envolvidos no processo de adesão dos diferentes tratamentos para o Câncer de Mama (CM). Nosso objetivo foi testar a hipótese de que Intervenções Psicossociais (IP) podem ser mais promissoras para melhorar a adesão à TEA e no cuidado dos preditores psicossociais envolvidos.

Métodos: Para esta revisão sistemática conduzimos uma busca sensível e específica na Cochrane Library, MEDLINE (PubMed), EMBASE, PsycINFO, LILCAS, Clinical Trials, Google Scholar bem como outras fontes de literaturas cinzentas, e busca manual na lista de referências dos estudos elegíveis. Não houve restrições quanto à data de publicação e idioma. Consideramos ECRs de intervenções psicossociais que mediram a adesão à TEA e/ou buscaram melhorar os preditores psicossociais de adesão em mulheres com CM inicial e em tratamento. As evidências dos ECRs foram sintetizadas de forma descritiva. A qualidade da evidência foi avaliada com a ferramenta Cochrane de risco de viés ROB 2.0. Este estudo está registrado no PROSPERO, sob o número CRD42023459430.

Resultados: Dos 4.505 registros identificados, 19 eram elegíveis e havia dados disponíveis para 16 ECRs, todos com risco de viés geral de baixo a alto. A adesão foi avaliada em quatro estudos, mostrando diferenças em três deles após a intervenção. A ansiedade e depressão foram os preditores de adesão mais avaliados, em treze estudos. No geral, a maioria das intervenções apresentaram efeito positivo. Não foram observadas diferenças na resposta à intervenção na autoeficácia e satisfação com o tratamento.

Interpretação: As intervenções psicológicas melhoraram a adesão, ansiedade e sintomas depressivos de forma eficaz em mulheres em tratamento para o CM. Futuramente, os estudos podem considerar mulheres com problemas de adesão ou algum tipo de sofrimento psicológico pré-intervenção.

Financiamento: CAPES.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias. Intervenção psicossocial. Adesão ao tratamento.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um grande grupo de doenças, em que todas apresentam em comum o desenvolvimento desordenado de células malignas. Essas por sua vez podem penetrar tecidos adjacentes do corpo e se espalhar, o que leva a metástase (OPAS, 2020). Sendo uma doença altamente incidente, o número de casos e de óbitos deve aumentar para 30,2 milhões e 16,3 milhões até 2040, respectivamente (Ferlay *et al.*, 2020).

O câncer de mama (CM) ainda representa um desafio significativo em termos de saúde para a população feminina. No Brasil e no mundo, é o tipo de câncer mais diagnosticado entre as mulheres (Santos *et al.*, 2023; Sung *et al.*, 2021).

No que lhe diz respeito, o CM é uma doença heterogênea de modo que apresenta subtipos distintos, no qual cada um difere em suas características, bem como nas respostas frente ao tratamento. Por essa e outras razões, o plano de tratamento poderá incluir mais de um tipo de todos os tratamentos disponíveis, como quimioterapia, radioterapia e Terapia Endócrina Adjuvante (TEA), principalmente. Os tratamentos possibilitam a conservação da mama, diminuem o risco de recorrência local, regional e distante, além de reduzir a taxa de mortalidade (Cardoso *et al.*, 2019; Golshan *et al.*, 2020; Lazzeroni *et al.*, 2023).

Todavia, para alcançar tais benefícios, a adesão é fundamental, porém muitas vezes o cenário é preocupante, sobretudo da TEA, indicada para o tipo de tumor mais prevalente e que apresenta a menor taxa de adesão quando comparado a outros tratamentos (Moon *et al.*, 2017). Dessa forma, à medida que o número de casos, óbitos e opções de tratamento aumentem, também são necessárias melhores formas de superar as barreiras de adesão.

Nesse contexto, a adesão definida como o nível em que uma pessoa segue as orientações estabelecidas por um profissional de saúde no que tange à ingestão de medicamentos, comparecimento às consultas, uso de dispositivos médicos, adesão à dieta e exercício físico, entre outros (Sabaté 2001), tem influência direta sobre os benefícios esperados do tratamento.

Dentre os inúmeros prejuízos relatados, a não adesão pode levar a conclusões errôneas ou imprecisas sobre o efeito do tratamento e de uma possível toxicidade (Partridge *et al.*, 2010). Para o CM em específico, a não adesão e a não persistência podem resultar em aumento da recorrência e da taxa de mortalidade (McCowan *et al.*, 2008; Makubate *et al.*, 2013).

Ainda, a adesão ao tratamento é influenciada por uma gama de fatores que se interrelacionam, como efeitos colaterais da medicação, fatores sociais, aqueles relacionados ao sistema de saúde e fatores próprios da paciente (WHO, 2003). A revisão de escopo que precedeu esse trabalho, também reuniu os diferentes fatores psicossociais que estão envolvidos no processo de adesão. Desse modo, o conhecimento dos motivos que levam à não adesão, auxiliam na busca de estratégias mais assertivas.

Com base nisso, os estudos desenvolvidos ao longo dos anos que tiveram como objetivo reunir trabalhos com intervenções para melhorar a adesão ao tratamento do CM, sobretudo da TEA, não mostraram bons resultados. Além disso, também não visaram os múltiplos fatores psicossociais associados à adesão e à persistência (Heiney *et al.*, 2018; Ekinci *et al.*, 2018; Finitisis *et al.*, 2019; Bright *et al.*, 2023). Portanto, outras estratégias e abordagens precisam ser avaliadas para que o problema da baixa adesão ao tratamento possa ser solucionado.

Haja vista, as intervenções psicológicas, através de uma relação terapêutica colaborativa e da comunicação verbal, auxiliam o paciente a promover melhor adaptação ou modificar problemas emocionais, cognitivos e comportamentais (Horvath *et al.*, 2011). No campo da psico-oncologia, as intervenções psicológicas também são chamadas de Intervenções Psicossociais (IP), uma vez que não se atém somente aos aspectos psicológicos, mas lidam também com a dinâmica psicossocial presente no processo da doença. Vivenciar o CM também é experienciar eventos específicos de ordem emocional e social. O medo da morte, a angústia pelo diagnóstico, procedimentos médicos muitas vezes mutiladores e os efeitos dos tratamentos, propõem mudanças significativas no estilo de vida da mulher.

Desse modo, as IPs, envolvendo todo o contexto psicossocial presente, auxiliam diretamente na adesão ao tratamento. Ainda, auxiliam na adesão de forma indireta, através do cuidado com os fatores psicossociais preditivos de adesão, como: provendo ao paciente informações sobre a doença e seus desdobramentos; diminuição da ansiedade e depressão; aprimorando a comunicação interpessoal e o estabelecimento de relacionamentos de qualidade; cria um campo para o desenvolvimento de emoções positivas; auxilia no sistema de crenças e facilita as mudanças nos estigmas relacionados ao câncer; e auxilia no enfrentamento da medicação e efeitos colaterais do tratamento (Carvalho *et al.*, 2008).

Portanto, essa revisão tem como objetivo sintetizar os ensaios clínicos disponíveis sobre IPs que tiveram como tema o aumento da adesão, persistência à TEA e/ou o cuidado

com os diferentes fatores psicossociais envolvidos na adesão e persistência à quimioterapia, radioterapia e TEA.

1.1 Objetivos

Diante do exposto, esse trabalho apresenta os seguintes objetivos:

1. Revisar sistematicamente quais são as intervenções psicossociais disponíveis para aumentar as taxas de adesão e persistência à TEA e/ou modificar algum fator psicossocial presente no processo de adesão desse, e de outros tratamentos.
2. Avaliar o efeito das intervenções psicológicas nos fatores psicossociais e nos resultados de adesão e persistência à TEA.

2 MÉTODOS

Para conduzir essa revisão sistemática, foi utilizado o manual de Diretrizes Metodológicas para elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados do MS (MS, 2021) e o handbook da Cochrane como complementar (Higgins *et al.*, 2023). Para seguir com o relato da revisão foram utilizados os Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), (Page *et al.*, 2021).

2.1 Protocolo e registro

O protocolo de registro foi elaborado de acordo com os itens de relato preferenciais para protocolos de revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA-P), (Shamseer *et al.*, 2015). Posteriormente, foi registrado no Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), e está sob número CRD42023459430. A partir de pesquisas mais aprofundadas sobre a temática, a questão de pesquisa foi refinada e o protocolo editado. As justificativas foram relatadas de forma transparente.

2.2 Estratégia de pesquisa e critérios de elegibilidade

O estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: Baixa adesão à TEA e diferentes preditores psicossociais envolvidos no processo de adesão em mulheres em tratamento para o CM. Quais IPs podem proporcionar o aumento da adesão, persistência e/ou melhorar os fatores psicossociais? A questão de pesquisa foi elaborada inicialmente

de acordo com o acrônimo PICOS, sendo População ou Problema, Intervenção, Comparador ou Controle, Desfecho e Desenho de estudo.

Com base na sigla PICOS, o problema foi a baixa adesão à TEA e os preditores psicossociais e as participantes mulheres com CM. As intervenções incluíram as de nível psicossocial. A comparação (controle) foi o cuidado padrão, outro tipo de intervenção, lista de espera, nenhuma intervenção ou outra IP. O desfecho primário foi o aumento da adesão e persistência à TEA e o secundário o cuidado com os fatores psicossociais que impactam na adesão e persistência dos diferentes tratamentos para o CM. O tipo de estudo mais adequado para responder à questão de pesquisa foram os estudos clínicos randomizados e controlados. Uma vez conhecida a forma como esse tipo de estudo é conduzido, as diferenças observadas nos grupos podem ser atribuídas ao efeito da intervenção.

Antes de desenvolver a estratégia de busca oficial, foi realizada uma busca simples nas fontes secundárias com o objetivo de identificar possíveis revisões sistemáticas ou protocolos de registros que se enquadrassem dentro da questão de pesquisa deste trabalho, assim, garantimos que trabalhos repetidos não fossem realizados. As fontes secundárias foram: Cochrane Library, Centre for Reviews and Dissemination, Trip database e Clinical Queries (PubMed). As revisões e os protocolos encontrados não buscaram responder a mesma questão de pesquisa dessa revisão, além de não possuir nenhuma similaridade.

Para desenvolver a estratégia de busca propriamente dita, contamos com o auxílio de uma bibliotecária experiente para identificar de forma sensível e específica, os estudos que abordassem intervenções psicossociais que tiveram como tema o aumento da adesão, persistência e/ou os diferentes fatores psicossociais envolvidos. A estratégia incluiu o uso de descritores controlados como “breast neoplasms” e “psychosocial intervention”, bem como seus sinônimos e termos livres. Esses termos foram combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT, utilizando os principais campos de pesquisa para recuperar os artigos, como assunto, título e resumo. A pesquisa detalhada para cada base de dados utilizada está no Apêndice I.

As bases de dados utilizadas foram: Cochrane Library, MEDLINE (PubMed), EMBASE, PsycINFO e a LILCAS. Bases de registro como Clinical Trials e Cochrane também foram utilizadas. Além disso, foram feitas pesquisas também na literatura cinzenta no Google Scholar e Bielefeld Academic Search Engine (BASE). Listas de referências dos artigos elegíveis também foram consultadas de forma manual. A busca

não se restringiu a idiomas e data de publicação, sendo realizada em janeiro de 2024 e atualizada em março de 2024.

De acordo com os critérios de pré-elegibilidade, incluímos ECRs controlados. A população foi mulheres a partir de 18 anos, de todas as regiões geográficas, com primeiro diagnóstico de CM em estágio inicial (0-III), utilizando algum desses tratamentos para o CM (TEA, quimioterapia e/ou radioterapia).

Quanto às intervenções psicossociais, não houve distinção de teoria utilizada, técnica, tempo de duração e frequência e número de participantes. No que se refere ao tema abordado, foram incluídos os seguintes: adesão e/ou persistência à TEA, crenças, comunicação interpessoal, relacionamento social, ansiedade, depressão, emoções, atitudes, fertilidade ou outro fator que influencie no processo de adesão e persistência já citado anteriormente. Foram incluídos somente trabalhos publicados na íntegra.

Em relação aos resultados, nosso desfecho primário foi o aumento da adesão e/ou persistência à TEA. Já os desfechos secundários incluíram os cuidados ou melhorias dos fatores psicossociais preditivos de adesão já citados anteriormente.

Foram excluídos estudos que não abordaram ao menos um tipo de intervenção psicossocial. Não foram incluídas intervenções que avaliassem a qualidade de vida, dado que após análise preliminar, foi verificado que no contexto da adesão, a qualidade de vida está relacionada aos efeitos colaterais, e esses não eram o objetivo deste trabalho. Não foram incluídas pacientes com CM avançado ou metastático, uma vez que intervenções para esse grupo estão em outro contexto, paliativo por exemplo.

2.3 Seleção dos estudos

Feita a busca nas bases de dados, os artigos encontrados foram extraídos para o gerenciador de referência EndNote em sua versão online. Após a remoção das duplicatas de forma automatizada e manual, os artigos foram selecionados por dois revisores de forma independente e em duas etapas, a saber: (1) leitura do título e resumo dos artigos, excluindo aqueles que não estavam dentro dos critérios de elegibilidade e (2) leitura do texto completo para seleção daqueles que de fato foram incluídos no trabalho. Caso houvesse discordância entre os revisores em ambas as fases, eles chegariam a um consenso através de uma reunião, e se fosse preciso um terceiro revisor seria contatado.

2.4 Processo de coleta de dados

Feita a seleção dos artigos a serem incluídos no trabalho, os dados foram extraídos também por dois revisores de forma independente, utilizando uma lista de extração de dados pré-elaborada com base na lista de verificação Cochrane (Li; Higgins; Deeks; 2023). A lista apresentou pontos como, critérios de eleição, características das participantes, dados sobre as intervenções, resultados para cada desfecho e outras informações.

2.5 Risco de viés nos estudos incluídos

Para avaliar o risco de viés, foi utilizada a ferramenta ROB 2.0 preconizada pela Cochrane para ECRs (Sterne *et al.*, 2019). Antes de analisar o risco de viés dos artigos selecionados, foi realizado um treinamento da ferramenta a ser utilizada. A avaliação foi feita por dois revisores de forma independente e caso houvesse quaisquer discordâncias, essas seriam discutidas através de reunião entre ambos, ou se necessário, com um terceiro revisor.

O risco de viés foi considerado alto, moderado e baixo. De acordo com o manual, o julgamento decorre da seguinte maneira: para baixo risco de viés, todos os domínios precisam ser julgados como baixo risco; estudos com pelo menos uma preocupação e nenhum domínio de alto risco, é considerado como algumas preocupações; e estudos com um único domínio de alto risco de viés ou diversas preocupações, aqui considerado a partir de três, julga-se como alto risco de viés geral.

2.6 Síntese de resultados

A síntese dos resultados foi feita de forma descritiva, uma vez que realizar uma meta-análise não era o nosso objetivo.

3 RESULTADOS

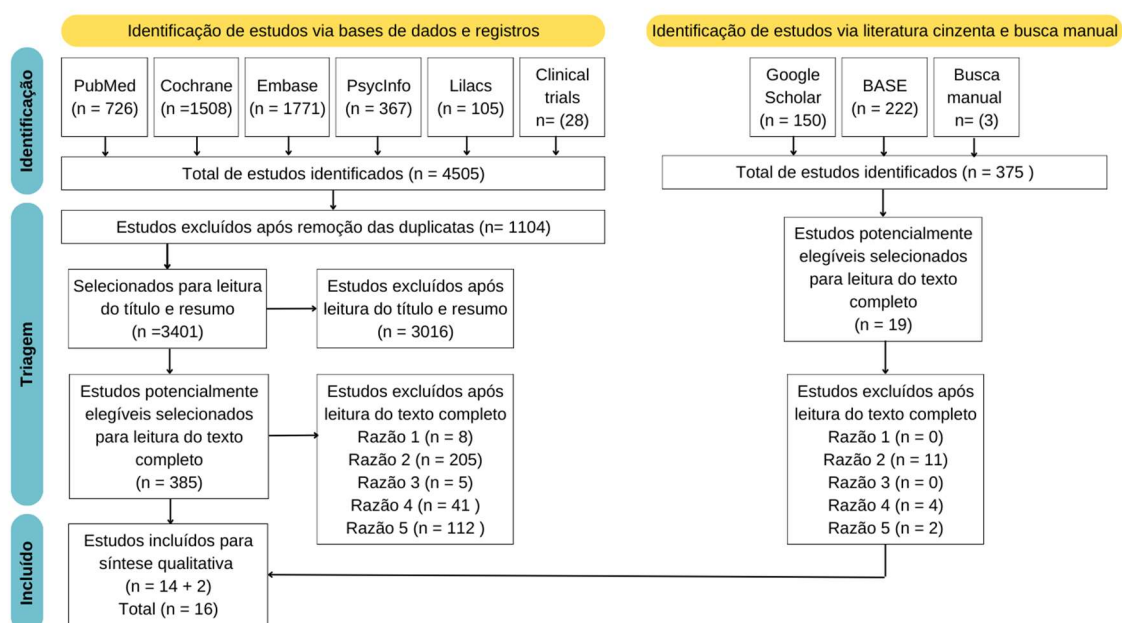
3.1 Buscas e seleção dos trabalhos

As buscas foram realizadas no dia 29/01/2024 e atualizadas em 26/03/2024. Um total de 4880 estudos foram encontrados em seis bases de dados e de registros, na literatura cinzenta e busca manual. Após a remoção das duplicatas, leitura do título, resumo e texto completo, um total de 14 ECRs (Andersen *et al.*, 2004; Yates *et al.*, 2005; Yoo *et al.*, 2005; Sandgren; Mccauley *et al.*, 2007; Schur *et al.*, 2009; Jones *et al.*, 2013; Lanctôt *et al.*, 2016; Hoo *et al.*, 2016; Montgomery *et al.*, 2017; Charalampopoulou *et*

al., 2020; Zeppego *et al.*, 2021; Ream *et al.*, 2021; Jacobs *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2023) atenderam aos critérios de inclusão.

Após verificação manual da lista de referência dos estudos elegíveis, um artigo foi incluído (Arch *et al.*, 2022). Além disso, durante a extração dos resultados foi verificado, também de modo manual, que o estudo de Graham *et al.* (2024) ainda em andamento, havia sido finalizado recentemente e também foi incluído, totalizando 16 ECRs incluídos na revisão. O processo de seleção dos artigos é mostrado com detalhes no fluxograma PRISMA na figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de identificação, triagem e seleção dos trabalhos.



Legenda: Razão 1: Não incluiu pelo menos uma intervenção psicossocial/ Razão 2: Não apresentou os critérios de elegibilidade da população pré-definidos/ Razão 3: Não apresentou como um dos objetivos aumentar a adesão e/ou persistência à TEA, ou melhorar algum fator psicossocial envolvido no processo de adesão da TEA, quimioterapia e radioterapia/ Razão 4: Desenho de estudo não condizente com o definido nos critérios de inclusão/ Razão 5: Texto completo não disponível online/publicado.

Fonte: Adaptado PRISMA (2020).

Os motivos de exclusão mais frequentes foram a inclusão de mulheres que já haviam finalizado o tratamento, textos publicados somente em forma de resumo e ensaios não randomizados. Dos que atenderam os critérios de elegibilidade, dois estudos piloto estão em andamento e ainda não foram publicados e para um estudo não foi possível acessar o texto completo.

3.2 Características gerais dos estudos incluídos

Os 16 estudos incluídos compreendem 2.200 participantes. No geral seis foram realizados nos Estados Unidos, seguido de dois no Canadá e um em cada país que se segue, a saber: Grécia, Reino Unido, Hong Kong, Suécia, Austrália, Coreia do Sul, Itália e China. Apesar de não ter havido restrição quanto ao idioma, todos os estudos incluídos estavam em inglês. Os estudos foram publicados no período de 2004 a 2024. Essas e outras características estão resumidas na Quadro 7 abaixo e descritas com mais detalhes nos tópicos que se seguem.

Quadro 7- Características dos estudos incluídos

Primeiro autor; ano; país, idioma; design	Participantes (quant., idade e tratamento)	Intervenção (Nome; base teórica; formato; tempo; frequência; modo; profissional que aplicou a intervenção; técnicas).	Desfecho investigado (instrumento utilizado) e momentos da avaliação	Principais resultados
Andersen <i>et al.</i> , (2004). EUA. Inglês. Dois grupos.	227 participantes (113 GC e 114 GI). 50,8 anos. Quimioterapia	Intervenção psicológica bicomportamental multicomponente; TCC; grupo; 18 sessões de 1h30min; presencial; psicólogo clínico; treinamento de relaxamento muscular progressivo resolução de problemas, enfrentamento, treinamento de habilidades.	Sofrimento emocional (POMS), pensamentos intrusivos (IES) e apoio social percebido (PSS). Antes da randomização e após a intervenção.	Houve diminuição no humor ansioso ($p = 0,04$). O apoio social aumentou ($p = 0,02$) e os sintomas depressivos e os pensamentos intrusivos se aproximaram da significância ($p < 0,08$).
Arch <i>et al.</i> , 2022. EUA. Inglês. Dois grupos.	88 participantes (45 GC e 43 GI). 58,4 anos. TEA.	Intervenção REACH; TCC de 3ª onda; individual; uma sessão 40 de minutos e 4 sessões de reforço de 10 minutos; online; profissional não informado; afirmação de valores, autoafirmação,	Adesão objetiva e persistência (Wisepill); adesão autorrelatada (escala própria). Atitudes afetivas em relação à TEA (EEPN).	Adesão objetiva foi maior no GI somente no 1º mês ($p = 0,027$). Nos meses seguintes não houve diferença entre os grupos ($p > 0,130$). A adesão autorrelatada não diferiu em nenhum

		tomada de decisão baseada em valores.	Início do estudo, uma semana pós-intervenção, três e seis meses após a intervenção.	momento ($p > 0,63$). Seis participantes não persistiram. Em três meses a atitude negativa se aproximou de uma queda no GI ($p = 0,057$). Em seis meses a atitude negativa não diferiu entre os grupos. Ambos os grupos tiveram aumento da atitude positiva em três e seis meses, não apresentaram diferença significativa ($p = 0,13$).
Charala mpopoulou <i>et al.</i> , 2020. EUA. Inglês. Dois grupos.	60 participantes (30 GC e 30 GI). 52,3 anos. TEA, quimioterapia e RT.	Intervenção Pitagórica de Autoconsciência; TCC; mista (individual e grupo); oito sessões semanais de 180 minutos; profissional com mestrado e professor em gestão do estresse; presencial; técnica de gestão do estresse, reconstrução e avaliação dos acontecimentos.	Ansiedade e depressão (DASS-21). Antes do início da intervenção e após a conclusão.	O GI apresentou melhorias na depressão ($p = 0,017$), na ansiedade ($p = 0,007$) e na angústia ($p = 0,003$) após a intervenção.
Graham <i>et al.</i> , 2024. Reino Unido. Inglês. Dois grupos	79 participantes (40 no GI e 39 no GC). 59,4 anos. Todas estavam utilizando TEA.	Terapia de aceitação e compromisso ACTION; mista (individual e grupo); uma sessão de 60 minutos mais três sessões de 90 minutos; online; psicólogo clínico; flexibilidade psicológica, consideração de valores,	Adesão à TEA (questionário ASK-12); ansiedade (GAD-7) e depressão (PHQ-9). Início do estudo, três e	Do início até o sexto mês, o GI apresentou pequenas melhorias na adesão e níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

		abordando emoções e pensamentos, aceitação, decisões sobre a TEA baseado em valores.	seis meses após a randomização.	
Ho <i>et al.</i> , 2016. Hong Kong. Inglês. Dois grupos.	139 participantes (69 no GI e 70 na lista de espera). 48,9 anos. Todas estavam recebendo RT.	Terapia de movimentos de dança; TCC; grupo; seis sessões de 90 minutos, duas vezes por semana; presencial; terapeuta de movimento e dança; exercícios de relaxamento e expressão emocional.	Ansiedade e depressão (HADS). Antes da RT, três semanas após e na conclusão da RT.	O GI não apresentou melhora na ansiedade ($p = 0,65$) e depressão ($p = 0,53$).
Jacos <i>et al.</i> , 2022. EUA. Inglês. Dois grupos.	100 participantes (50 no GI e 50 no GC). 56,1 anos. TEA.	STRIDE; TCC; mista (grupo e individual); seis sessões semanais de 60 minutos e duas ligações de 20 minutos; videoconferência e telefone; psicólogos clínicos e bolsistas de psicologia; psicoeducação, treinamento de relaxamento, reenquadramento cognitivo de pensamentos e crenças sobre a TEA, enfrentamento, atenção plena, habilidades de aceitação e autogestão de efeitos colaterais.	Adesão objetiva (MEMS Caps); adesão autorrelatada (MARS-5). Ansiedade e sintomas depressivos (HADS); satisfação com a TEA (CTSQ). Início do estudo, 12 e 24 semanas depois.	Não houve diferença entre os grupos na adesão autorrelatada em 12 e 24 semanas ($p = ,0,630/ p= 0,833$) e na adesão objetiva ($p = 0,504$). Em 12 semanas não houve diferença entre os GI e GC na ansiedade ($p = 0,946$), nos sintomas depressivos ($p = 0,451$) e na satisfação com o tratamento ($p = 0,186$). Em 24 semanas o GI apresentou diminuição nos sintomas de ansiedade ($p = 0,024$) e depressão ($0,071$). Não houve diferença na satisfação com o tratamento ($p = 0,139$).

Jones <i>et al.</i> , 2013. Canadá. Inglês. Dois grupos.	442 participantes (226 no GC e 216 no GI). 54 anos. RT.	Intervenção psicoeducacional breve; TCC; grupo; sessão única de duas horas; presencial; multidisciplinar; psicoeducação.	Humor (POMS), autoeficácia (Self Efficacy). Início do estudo e três e seis meses após intervenção.	Não foram encontradas diferenças significativas na autoeficácia ($p > 0,19$) e humor ($p > 0,16$) em qualquer momento.
Lanctôt <i>et al.</i> , 2016. Canadá. Inglês. Dois grupos.	101 participantes (58 no GI e 43 no GC). 51 anos. Quimioterapia	Programa de Yoga de Bali; TCC de 3a onda; grupo; oito sessões semanais de 90 minutos; presencial; instrutores de Yoga; psicoeducação; técnicas de relaxamento; aceitação; visualização e imagens positivas.	Ansiedade (STAI-Y) e depressão (BDI-II). Início do estudo, oito e 16 semanas após o início.	No GI nenhuma mudança nos sintomas depressivos foi significativa longo do tempo ($p = 0,281$). No GC os sintomas depressivos aumentaram ($p = 0,007$). Não houve diferença na ansiedade ao longo do tempo ($p = 0,10$).
Montgomery <i>et al.</i> , 2017. Suécia. Inglês. Dois grupos.	100 participantes (50 no GI e 50 no GC). 54,85 anos. RT.	TCC mais hipnose; TREC; grupo; uma sessão de 30 minutos, duas sessões semanais de 15 minutos durante 6 semanas e uma sessão final de 30 minutos; presencial; psicólogos; reenquadramento de crenças, autogestão e gerenciamento da angústia; hipnose; imagens guiadas.	Sofrimento emocional (POMS) e variações do humor (subescalas da POMS). Antes da RT, três e seis semanas após (no final da RT) e quatro semanas após o final.	O sofrimento emocional foi menor no GI no ponto médio da RT ($p = 0,009$) e na conclusão ($p = 0,002$). Quatro semanas após a RT o sofrimento emocional também foi menor ($p = 0,002$). Para as subescalas de humor, consultar parágrafo referente.
Ream <i>et al.</i> , 2021. EUA. Inglês. Três grupos.	59 participantes (20 TCC, 15 treinamento de relaxamento e 24 no GC). 54,17 anos.	Para a intervenção Gerenciamento do estresse cognitivo comportamental: TCC; grupo; cinco sessões de 90 minutos; presencial; aluno de mestrado em	Adesão autorrelatada (ETMUQ). Antes da randomização e 8 anos após o início do estudo.	No grupo que recebeu apenas relaxamento, a adesão foi melhor quando comparado ao GC e ao grupo TCC, respectivamente ($p = 0,049/ p = 0,031$ para

	Selecionados somente aqueles em uso de TEA.	psicologia; consciência do estresse, reestruturação cognitiva, treinamento da eficácia de enfrentamento; habilidades interpessoais. Para a intervenção Treinamento de relaxamento; TCC; grupo; cinco sessões de 90 minutos; presencial; aluno de mestrado em psicologia; técnicas de relaxamento, respiração abdominal, relaxamento muscular progressivo, imagens guiadas, meditação e psicoeducação.		esquecimento e $p = 0,018/ p = 0,027$ para adesão não intencional). O grupo TCC versus controle não apresentou diferença (esquecimento $p = 0,20$ e não adesão intencional $p = 0,33$).
Sandgren; Mccaul 2007. EUA. Inglês. Três grupos.	222 participantes (89 no GI, 49 no GC e 76 no GE). 54,5 anos. Quimioterapia e/ou RT, TEA.	Expressão emocional breve; TCC; individual; cinco sessões de 36 minutos e uma de acompanhamento três meses depois; por telefone; psicólogos e enfermeiras oncológicas; expressão emocional através da fala livre e mudança cognitiva na compreensão das próprias experiências.	Humor (POMS), autoeficácia (ICC), pensamentos intrusivos (IIE) e restrições sociais (Leopore). Antes da intervenção, seis e 13 meses após o início.	Não houve diferença entre os grupos, todos melhoraram no humor ($p > 0,65$) e nos pensamentos intrusivos ($p = 0,29$). Não houve mudança e melhora na autoeficácia ($p > 0,20$) e houve melhora nas restrições sociais ($p = 0,013$).
Schnur <i>et al.</i> , 2009. EUA. Inglês. Dois grupos.	40 participantes (20 no GI e 20 no GC). Idade entre 30 e 80 anos. RT.	TCC mais hipnose; TCC; individual; uma sessão de hipnose de 15 minutos mais uma sessão de TCC por 30 minutos mais acompanhamento das tarefas de casa duas vezes por semanas. Presencial;	Emoções positivas e negativas (Formulário de humor de Diener e Emmons). No início do estudo e durante o curso	O GI apresentou nível mais baixo de afeto negativo em cada semana da RT ($p < 0,03$). Para o afeto positivo, o GI apresentou nível mais alto nas semanas um,

		psicólogo clínico; relaxamento com imagens guiadas; mudança cognitiva e de comportamentos negativos e desadaptativos; psicoeducação; gerenciamento do estresse; habilidades de substituição de crenças.	da RT (dias sete, 14, 21, 28 e 35).	dois, três e cinco da RT ($p < 0,03$), exceto na quarta semana ($p = 0,07$).
Yates <i>et al.</i> , 2005. Austrália. Inglês. Dois grupos.	109 participantes (53 no GI e 57 no GC). 49,4 anos. RT e/ou quimioterapia.	Psicoeducação; TCC; individual; três sessões de 10 a 20 minutos uma vez por semana; mista (presencial e por telefone); enfermeiras oncológicas; psicoeducação, habilidades e conhecimento para lidar com o CM, resolução de problemas, ensaio e reforço.	Ansiedade e depressão (HADS); autoeficácia (Escala de Cambell). Antes da intervenção, uma semana após a intervenção e três a quatro semanas após a intervenção.	A intervenção não mostrou efeito significativo em nenhuma das medidas avaliadas.
Yoo <i>et al.</i> , 2005. Coréia do Sul. Inglês. Dois grupos.	60 participantes (30 no GI e 30 no GC). 43,1 anos. Quimioterapia	Relaxamento muscular progressivo mais imagens guiadas; TCC; grupo; seis sessões de 60 minutos antes de cada ciclo da quimioterapia; presencial; psicólogos clínicos; relaxamento muscular progressivo e imagens guiadas.	Ansiedade e depressão (MAACL). No início do estudo, durante os ciclos e três e seis meses após a quimioterapia.	Após a quimioterapia, houve redução da ansiedade ($p = p < 0,01$) e depressão ($p < 0,01$) no grupo intervenção.
Zeppegno <i>et al.</i> , 2021. Itália. Inglês. Dois grupos.	60 participantes (30 no GI e 30 no GC). Idade média não	Psicoterapia com intervenção musical; psicodinâmica; grupo; seis sessões semanais de 60 minutos; presencial; psiquiatra;	Ansiedade (ITA geral, I e II) e depressão (BDI-II e MADRS). No início do estudo, no final	No GI a ansiedade diminuiu em três meses após o término da intervenção (STAI-Y geral $p = 0,0003$ / I $p = 0,001$ / II

	informada. RT.	compartilhamento de emoções, sentimentos e memórias, sensações provocadas pela música.	da intervenção e três meses pós-intervenção.	$p = 0,0012$). Para depressão não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,136$).
Zhang <i>et al.</i> , 2023. China. Inglês. Dois grupos.	98 participantes (49 no GI e 49 no GC). 48,02 anos. Quimioterapia	Intervenção psicológica positiva centrada na família; TCC; individual; quatro semanas com vídeos de 30 minutos; online; profissional não informado; adaptação cognitiva, identificação de emoções positiva, enfrentamento da infelicidade e educação em saúde focada em crenças.	Esperança (HHI). Início do estudo, após a conclusão da intervenção e um mês após a intervenção.	No acompanhamento, após a conclusão da intervenção e no pós-intervenção, o GI apresentou pontuação maior de esperança ($p < 0,05$).

Legenda: EUA: Estados Unidos da América; RT: Radioterapia; GI: Grupo Intervenção; GC: Grupo Controle; GE: Grupo Educação; TEA: Terapia Endócrina Adjuvante; RT: Radioterapia; TCC: Terapia Cognitivo Comportamental; CM: Câncer de Mama; REACH: Recursos de Educação para Adesão à TEA; STRIDE: Intervenção Randomizada Direcionada a Sintomas para Sofrimento e Adesão à TEA; TREC: Terapia Racional Emotiva Comportamental/ ETMUQ: Questionário do Uso de Medicamentos do Tratamento Endócrino/ MEMS Caps: Registro Eletrônico de Abertura de Frascos/ MARS-5: Escala de Relatório de Adesão à Medicação/ DASS-21: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse/ HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão/ CTSQ: Questionário de Satisfação com a Terapia do Câncer/ BDI-II: Inventário de Depressão de Beck/ STAI-Y: Inventário de Traços de Ansiedade/ MADRS: Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg/ MAACL: Lista de Verificação de Adjetivos de Afetos Múltiplo/ POMS: Perfil de Estado de Humor/ IES: Escala de Impacto de Eventos/ PSS: Apoio Social Percebido/ ICC: Inventário de Comportamento do Câncer/ IIE: Intrusão de Impacto de Eventos/ HHI: Índice de Esperança de Herth/ EEPN: Escala de Emoções Positivas e Negativas/ ASK-12: Questionário Adherence Start With Knowledge/ GAD-7: Questionário de Transtorno de Ansiedade/ PHQ-9: Questionário de Saúde do Paciente.

Fonte: Elaboração feita pelo próprio autor com base nos estudos incluídos (2024).

Um total de 11 ECRs foram realizados em apenas um centro, os outros cinco foram considerados multicêntricos, ou seja, ocorreram em mais de uma instituição. Apenas dois estudos incluídos apresentaram três grupos (Sandgren; Mccaul *et al.*, 2007;

Ream *et al.*, 2021). Os demais ECRs incluídos apresentaram dois grupos, sendo grupo intervenção e grupo controle, também denominado como cuidado padrão, lista de espera, tratamento usual, educação, somente avaliação e apenas monitoramento da medicação.

O tempo de acompanhamento dos estudos variou por um período de três semanas a oito anos. Quanto ao momento das avaliações, todos realizaram avaliações antes e imediatamente após a conclusão da intervenção. Entretanto, alguns estudos tiveram um delineamento longitudinal e continuaram as avaliações pós-intervenção (Yates *et al.*, 2005; Yoo *et al.*, 2005; Sandgren; Mccaal *et al.*, 2007; Jones *et al.*, 2013; Lanctôt *et al.*, 2016; Montgomery *et al.*, 2017; Zeppegno *et al.*, 2021; Ream *et al.*, 2021; Jacobs *et al.*, 2022; Arch *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2023; Graham *et al.*, 2024).

Quanto ao processo de randomização, a maioria utilizou softwares geradores de números aleatórios, além disso, dois estudos também realizaram a randomização por bloco (Zeppegno *et al.*, 2021; Arch *et al.*, 2022) e dois de modo estratificado (Jacobs *et al.*, 2022; Graham *et al.*, 2024). Um estudo não declarou o modo como a randomização foi realizada (Sandgren; Mccaal *et al.*, 2007) e apenas um utilizou amostragem aleatória simples por envelope (Yoo *et al.*, 2005) e um por sorteio (Ream *et al.*, 2021).

Somente seis ECRs informaram número de protocolo de registro (Zeppegno *et al.*, 2021; Ream *et al.*, 2021; Jacobs *et al.*, 2022; Arch *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2023; Graham *et al.*, 2024). Quase todos os trabalhos receberam financiamento, apenas um não recebeu nenhum tipo de auxílio financeiro (Charalampopoulou *et al.*, 2020) e três não informaram (Yoo *et al.*, 2005; Jones *et al.*, 2013; Lanctôt *et al.*, 2016). Nenhum estudo declarou haver conflitos de interesse.

3.3 Características das participantes

O tamanho da amostra variou de 40 a 442 mulheres e a idade média das participantes variou de 43 a 59 anos. Todas as mulheres foram diagnosticadas com CM em estágio inicial, sem metástases, e a maioria apresentava estágio I e II da doença. No que se refere ao tratamento que estava sendo utilizado no momento do estudo, a maioria estava recebendo exclusivamente radioterapia, seguido de quimioterapia. Somente em quatro estudos as participantes utilizaram unicamente TEA (Ream *et al.*, 2021; Jacobs *et al.*, 2022; Arch *et al.*, 2022; Graham *et al.*, 2024) e em três estudos os tratamentos utilizados variaram entre quimioterapia, radioterapia e TEA (Yates *et al.*, 2005; Sandgren; Mccaal *et al.*, 2007; Charalampopoulou *et al.*, 2020). Somente um estudo incluiu

mulheres mais um cuidador (Zhang *et al.*, 2023). Todos os outros estudos incluíram somente mulheres.

3.4 Características das intervenções

Diversas intervenções foram avaliadas. A maioria das intervenções se basearam na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e todas tiveram objetivo terapêutico. A duração das intervenções nos estudos variou entre uma única sessão de 2 horas a 18 sessões de 90 minutos cada. As intervenções realizadas em grupo foram as mais comuns ($n = 8$), seguido das intervenções individuais ($n = 5$). Ainda, três estudos utilizaram formatos mistos.

A maioria dos estudos incluídos ($n = 10$) adotou a entrega presencial de suas intervenções; enquanto um estudo, além do formato presencial, também realizou ligações telefônicas (Yates *et al.*, 2005); Intervenções por telessaúde foram adotadas por cinco estudos, utilizando videoconferência, ligações telefônicas e aplicativo móvel (Sandgren; Mccaul *et al.*, 2007; Jacobs *et al.*, 2022; Arch *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2023; Gragam *et al.*, 2024).

Quanto à categorização das IPs, quase todos os estudos utilizaram abordagens cognitivas e/ou comportamentais ($n = 12$). Os componentes e as técnicas dessas intervenções compreenderam diversas combinações, a saber: relaxamento muscular progressivo; treinamento de habilidades (como resolução de problemas, comunicação, enfrentamento do estresse); reconstrução e avaliação dos acontecimentos; reenquadramento cognitivo de pensamentos e crenças relacionadas ao tratamento; reconstrução cognitiva; exercícios expressivos como imagem guiada e expressão emocional; mudanças e adaptação cognitiva; habilidades de aceitação; autoconsciência com avaliação crítica; e atenção plena.

Alguns estudos incluíram um elemento psicoeducacional nas intervenções e dois estudos utilizaram exclusivamente a psicoeducação (Yates *et al.*, 2005; Jones *et al.*, 2013). Três estudos utilizaram como base a TCC de terceira onda, dois com a Terapia de Aceitação e Compromisso (Arch *et al.*, 2022; Graham *et al.*, 2024) e uma intervenção baseada em Mindfulness (Lanctôt *et al.*, 2016;). Dessas, os componentes foram: afirmação de valores; autoafirmação; tomada de decisão baseada em valores; flexibilidade psicológica; exercícios de relaxamento e respiração; visualização e imagens positivas; psicoeducação e imagens positivas.

Por fim, um estudo utilizou uma abordagem psicodinâmica breve com intervenção musical, utilizando o compartilhamento de emoções, sentimentos e sensações que surgem com a música e sua letra (Zeppegno *et al.*, 2021).

A formação dos profissionais que aplicaram as intervenções variou entre os estudos, incluindo psicólogos ($n = 8$), enfermeiros oncológicos ($n = 2$), psiquiatra ($n = 1$) e instrutores multidisciplinares treinados ($n = 5$). Os grupos controle receberam apenas cuidados habituais, apoio por outros profissionais e/ou sessões educativas.

3.5 Resultados dos estudos individuais – efeitos das intervenções

Embora a maioria dos estudos tenham investigado diferentes desfechos, aqui são descritos somente aqueles de interesse dessa revisão, a saber: adesão e/ou persistência à TEA e fatores psicossociais relacionados a TEA bem como aos outros tratamentos, como quimioterapia e radioterapia.

3.5.1 Desfechos primários - adesão e persistência à TEA

Para esse desfecho foram identificados quatro estudos. Todos mediram a adesão através do autorrelato, dois a adesão objetiva e um a persistência. No geral, as intervenções mostraram um efeito misto frente a adesão autorrelatada e objetiva.

Graham *et al.* (2024) e Arch *et al.* (2022) avaliaram o efeito da intervenção baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso na adesão à TEA. No estudo de Graham *et al.* (2024), o grupo intervenção apresentou pequenas melhorias na adesão ao longo de três (IC 95% -0,2 [-2,3 a 2,0]) e seis meses (IC -1,0 [-2,9 a 0,9]) quando comparado ao grupo controle.

No estudo de Arch *et al.* (2022), no primeiro mês de avaliação, o grupo que recebeu a intervenção apresentou adesão objetiva maior ($p = 0,027$) quando comparada ao grupo controle. Nos meses seguintes, do segundo até o sexto mês, não houve diferença significativa na adesão ($p > 0,130$). Entretanto, no grupo controle a adesão diminuiu da linha de base até o sexto mês ($p = 0,017$ a $0,001$), enquanto no grupo intervenção a adesão se manteve estável até o terceiro mês e não diminuiu de forma significativa do primeiro até o quarto mês. Já para adesão autorrelatada, essa não diferiu entre os grupos em nenhum momento ($p > 0,63$). Quanto à persistência, seis participantes não persistiram com o uso da TEA, incluindo quatro no grupo intervenção e dois no grupo controle.

No trabalho de Jacobs *et al.* (2022) a intervenção STRIDE baseada na TCC não mostrou diferença entre os grupos em 12 semanas de tratamento ($p = 0,630$ / IC 0,13 [-

0,40 a 0,66]) e 24 semanas ($p = 0,833$ / IC -0,31 a 0,39) para adesão autorrelatada. Na adesão objetiva, houve diminuição significativa na adesão mensal nos dois grupos, intervenção ($p < 0,0001$ / IC -5,79% a 3,08%) e controle ($p < 0,0001$ / IC -5,15% - 2,41%). Porém, os grupos não diferiram entre si ($p = 0,504$ / IC -2,59 a 1,27). Nas demais semanas os resultados seguiram o mesmo padrão.

Ream *et al.* (2021) verificaram o efeito da intervenção TCC e somente relaxamento na adesão na TEA autorrelatada. O grupo que recebeu a intervenção apenas de relaxamento teve uma adesão melhor do que o grupo controle nos domínios esquecimento ($p = 0,049$) e não adesão intencional ($p = 0,018$). Quando os autores compararam o grupo TCC versus o controle, não houve diferença significativa entre eles no esquecimento ($p = 0,20$) e não adesão intencional ($p = 0,33$). Em contrapartida, o grupo que recebeu apenas relaxamento apresentou melhor adesão que o grupo TCC ($p = 0,031$ para esquecimento e $p = 0,027$ para não adesão intencional).

3.5.2 Desfechos secundários - fatores psicossociais de adesão e persistência

Dos fatores psicossociais de adesão, a ansiedade e depressão/sintomas depressivos foram avaliados diretamente em oito estudos. Além disso, foram medidos também através de quatro estudos que avaliaram o estado de humor (ansioso, deprimido, preocupado, confuso, etc.) e um que mediu emoções positivas e negativas. No geral, a maioria das intervenções apresentou efeito positivo, com alguns estudos mostrando significância somente em alguns dos diferentes momentos em que a avaliação foi feita.

Por conseguinte, a autoeficácia foi avaliada em três estudos, os pensamentos intrusivos e o ajuste social em dois. Outros correlatos de adesão foram avaliados somente por um estudo cada, a saber: angústia, satisfação com o tratamento endócrino, atitudes positivas e negativas relacionadas ao tratamento endócrino e esperança. Nestes, as intervenções tiveram efeito misto.

Charalampopoulou *et al.* (2020) trabalharam com a intervenção Pitagórica de autoconsciência que mostrou melhorias estatisticamente significativas para depressão ($p = 0,017$), ansiedade ($p = 0,007$) e angústia ($p = 0,003$). Vale ressaltar que na linha de base, ou seja, antes da intervenção, todas as participantes apresentaram sintomas depressivos ($p = 0,21$) e angústia ($p = 0,40$) em um grau de leve a moderado e ansiedade moderada ($p = 0,85$). Igualmente no trabalho de Yoo *et al.* (2005), após a intervenção de relaxamento muscular progressivo mais imagens guiadas, houve redução da ansiedade ($p < 0,01$) e depressão ($p < 0,01$) no grupo intervenção pós quimioterapia.

Em contrapartida, a intervenção Terapia Movimento e Dança não proporcionou melhorias na ansiedade ($p = 0,65$) e depressão ($p = 0,53$) em pacientes que estavam em tratamento radioterápico (Ho *et al.*, 2016). A intervenção psicoeducação também não mostrou nenhuma diferença significativa na ansiedade, depressão e autoeficácia em todos os momentos de avaliação (Yates *et al.*, 2005).

Graham *et al.* (2024) e Jacobos *et al.* (2022) além de avaliarem a adesão à TEA, também avaliaram o efeito de suas respectivas intervenções na redução da ansiedade e sintomas depressivos. No trabalho de Graham *et al.* (2024), em três meses os resultados indicaram níveis mais baixos de ansiedade (IC -0,5 [-2,3 a 1,2]) e depressão (IC -0,7 [-2,4 a 0,1]). Em seis meses os resultados seguiram a mesma linha para ansiedade (IC -1,6 [-3,4 a 0,1]) e depressão (IC -1,1 [-2,7 A 0,4]).

Já no trabalho de Jacobos *et al.* (2022), em 12 semanas não houve diferença entre os grupos na ansiedade ($p = 0,946$ / IC -0,05 [-1,38 a 1,29]), sintomas depressivos ($p = 0,451$ / IC -0,38 [-1,39 a 0,63]) e satisfação com o tratamento ($p = 0,186$ / IC 2,58 [-1,27 a 6,44]). Porém, em 24 semanas as participantes do grupo intervenção relataram diminuição dos sintomas de ansiedade ($p = 0,024$ / IC -1,44, a -0,10) e de depressão ($p = 0,071$ / IC -0,92 a 0,04]) quando comparado ao grupo controle. Entretanto, não houve diferença entre os grupos na satisfação com o tratamento ($p = 0,139$ / IC -0,55 a 3,92).

Outros autores também avaliaram o efeito da intervenção na ansiedade e depressão. No trabalho de Lanctôt *et al.* (2016), nenhuma mudança significativa foi observada no grupo experimental, que recebeu a intervenção Yoga ($p = 0,281$). Entretanto, houve uma diminuição nos sintomas depressivos do grupo controle (lista de espera) após receber a mesma intervenção ($p = 0,03$). Em relação à ansiedade, não foram encontradas diferenças significativas entre grupo x tempo ($p = 0,10$).

Zeppegno *et al.* (2021) avaliaram o efeito da psicoterapia Psicodinâmica com intervenção musical na ansiedade com três escalas diferentes. Para a escala geral houve diferença significativa entre os grupos antes da intervenção ($p = 0,001$), após ($p = 0,052$) e três meses após a intervenção ($p = 0,0003$), mostrando diminuição da ansiedade três meses após a intervenção. Para a escala STAI-Y I, somente antes ($p = 0,01$) e três meses após a intervenção ($p = 0,001$) a diferença foi significativa. Já na escala STAI-Y II foi identificada diferença entre os grupos nos três momentos ($p < 0,023$). Para depressão, não houve diferença significativa três meses após a intervenção em nenhuma das escalas ($p > 0,136$).

Andersen *et al.* (2018) mediram o sofrimento emocional, pensamentos intrusivos e o ajuste social em participantes que estavam em quimioterapia. A intervenção bi comportamental e multicomponente levou a maior redução do humor ansioso no grupo intervenção ($p = 0,04$). Para depressão e pensamentos intrusivos houve uma aproximação da significância ($p < 0,08$), ou seja, houve maiores reduções no grupo intervenção. Para o desfecho apoio social, o apoio percebido da família aumentou de modo significativo no grupo intervenção e diminuiu no controle ($p = 0,02$).

Montgomery *et al.* (2017) também avaliaram o sofrimento emocional juntamente com mais seis subescalas de humor (ansiedade, depressão, vigor, fadiga, raiva e se sentir confuso). Quando comparado ao grupo controle, o grupo que recebeu a intervenção TCC mais hipnose apresentou pontuação mais baixa no sofrimento emocional na terceira ($p = 0,009/ IC 0,13 - 0,93$) e na sexta semana ($p = 0,002/ IC 0,24 - 1,04$). Durante o acompanhamento de quatro semanas após a radioterapia, também foi observada diminuição no sofrimento emocional ($p = 0,002/ IC 0,25 - 1,05$).

A ansiedade foi menor no grupo intervenção na terceira ($p = 0,004$) e sexta semana ($p = 0,007$) e quatro semanas após a radioterapia ($p = 0,001$). Já a depressão foi menor no grupo intervenção somente na sexta semana, na conclusão da radioterapia ($p = 0,026$). Para as outras semanas não diferiu ($p > 0,93$).

Outras emoções e sentimentos como se sentir confuso não apresentaram significado ao longo do tempo. A raiva foi menor no final da radioterapia no grupo intervenção ($p = 0,009$) e o vigor foi maior nos três momentos, em três e seis semanas durante a radioterapia e quatro semanas após a conclusão ($p < 0,05$).

Jones *et al.* (2013) mediram o humor e a autoeficácia. Para essa não houve diferença e melhora significativa entre os grupo controle e o grupo que recebeu a psicoeducação em qualquer intervalo de tempo ($p > 0,19$). Não foram encontradas diferenças no humor geral durante qualquer intervalo ($p > 0,16$).

Sandgren e Mccaul (2007) testaram o efeito da Expressão Emocional Breve nos estados de humor, na autoeficácia, nos pensamentos intrusivos e nas restrições sociais. Para o humor, a média para depressão e raiva ($p < 0,03$) mostraram melhora desde o início do estudo e no acompanhamento de 6 e 13 meses. Não houve diferença no acompanhamento para ansiedade ($p = 0,11$), vigor ($p = 0,36$) e se sentir confuso ($p = 0,39$). As análises mostraram pouca diferença entre os grupos, de modo que todos melhoraram o humor geral ao longo de 13 meses ($p > 0,65$).

Não houve diferença e mudança na autoeficácia entre os grupos ao longo do tempo ($p > 0,20$). Os pensamentos intrusivos mostraram melhoria ao longo do tempo ($p < 0,001$), mas não diferiu entre os grupos ($p = 0,29$). Igualmente para as restrições sociais que melhorou ao longo do tempo ($p = 0,013$).

Schnur *et al.* (2009) mediram as emoções positivas e negativas em pacientes em radioterapia. O grupo que recebeu a intervenção TCC relatou níveis mais baixos de afeto negativo do que o grupo controle em cada semana da radioterapia ($p < 0,03$ para todos). Além disso, apresentou níveis mais elevados de humor positivo nas semanas um, dois, três e cinco ($p < 0,03$) exceto na semana quatro da radioterapia ($p = 0,07$). O grupo TCC também apresentou aumento da frequência de dias em que o afeto positivo foi maior que o afeto negativo, e quando apresentou afeto negativo, esse foi menos intenso que o afeto positivo. Ou seja, a intervenção não só reduziu o afeto negativo, como também aumentou o afeto positivo.

Arch *et al.* (2022) além da adesão e persistência, também avaliaram as atitudes positivas e negativas sobre a TEA. Não houve diferença entre eles no pós-intervenção ($p = 0.131$ / IC -0.33 [$-0.77, 0.13$]), em três meses ($p = 0.618$ / IC 0.11 [$-0.33, 0.55$]) e em seis meses ($p = 0.947$ / IC 0.01 [$-0.42, 0.45$]), assim como também não foram encontradas diferenças nas intenções futuras de adesão (pós-intervenção $p = 0.606$ / IC -0.12 [$-0.57, 0.33$], 3 meses ($p = 0.210$ / IC -0.29 [$-0.74, 0.16$]) e 6 meses ($p = 0.098$ / IC -0.38 [$-0.84, 0.07$])). Em três meses a atitude negativa se aproximou de uma queda no grupo intervenção ($p = 0,057$ / IC -0.45 [$-0.91, 0.01$]). No pós-intervenção ($p = 0.574$ / IC -0.13 [$-0.59, 0.33$]) e em seis meses ($p = 0.219$ / IC -0.29 [$-0.75, 0.17$]), a atitude negativa não diferiu entre os grupos.

Por fim, Zhang *et al.* (2023) utilizaram o Índice de Esperança de Herth para medir a esperança em participantes fazendo quimioterapia. O grupo que recebeu a intervenção positiva centrada na família apresentou pontuações maiores do que o grupo controle ($p < 0,05$), imediatamente após a conclusão da intervenção e no acompanhamento de um mês.

3.6 RISCO DE VIÉS

O risco de viés foi avaliado nos desfechos de interesse de cada estudo incluído e um risco geral de viés foi determinado para cada estudo. Dos 16 ECRs incluídos, cinco receberam classificação de alto risco de viés, e dois apresentaram baixo risco de viés (Arch *et al.*, 2022 e Ream *et al.*, 2021). Os nove estudos restantes apresentaram algumas preocupações. Os principais tópicos que introduziram potenciais vieses nos estudos foram

a medida do desfecho seguido pelo desvio das intervenções pretendidas, ambos devido à falta de cegamento dos profissionais que aplicaram a intervenção, participantes e/ou avaliadores.

A maioria dos estudos declararam que as participantes e/ou os profissionais que aplicaram as intervenções não estavam cegos quanto à atribuição da intervenção devido à sua natureza. Outros estudos não forneceram informações suficientes, de modo que não foi possível conferir aqueles que não apresentaram protocolo de registro. Portanto, os detalhes fornecidos foram insuficientes para permitir julgamentos precisos, levando a um número de preocupações consideráveis e alto risco de viés. O resumo do risco de viés é apresentado na figura 3.

Figura 3 - Avaliação do risco de viés

<u>Autor, ano</u>	<u>D1</u>	<u>D2</u>	<u>D3</u>	<u>D4</u>	<u>D5</u>	<u>Geral</u>	
Andersen et al., 2004	!	+	+	!	!	-	 Baixo risco  Algumas preocupações  Alto risco
Arch et al., 2022	+	+	+	+	+	+	
Charalampopoulou et al., 2020	!	+	+	!	+	!	
Graham et al., 2024	+	!	+	!	+	!	D1 Processo de randomização D2 Desvio das intervenções pretendidas D3 Dados faltantes do desfecho D4 Medida do desfecho D5 Seleção do resultado reportado
Ho et al., 2016	+	!	+	+	+	!	
Jacos et al., 2022	!	!	+	+	+	!	
Jones et al., 2013	!	!	+	+	!	-	
Lacntôt et al., 2016	+	!	+	!	!	-	
Montgomery et al., 2017	+	+	+	!	!	!	
Ream et al., 2021	+	+	+	+	+	+	
Sandgren et al., 2007	!	!	!	-	!	-	
Schnur et al., 2009	+	+	+	!	!	!	
Yates et al., 2005	+	+	+	!	!	!	
Yoo et al., 2005	+	-	!	!	!	-	
Zeppegno et al., 2021	!	+	+	!	+	!	
Zhang et al., 2023	!	!	+	+	+	!	

Fonte: Adaptado de Rob 2.0 (Sterne *et al.*, 2019).

4 DISCUSSÃO

Atualmente, diversos tratamentos para o CM estão disponíveis. No entanto, a baixa adesão, sobretudo à TEA, é muito bem estabelecida e preocupante. Os fatores psicossociais influenciam a forma com que a paciente enfrenta a doença e segue o tratamento proposto. Desse modo, o objetivo do trabalho foi revisar as intervenções

psicossociais disponíveis para aumentar a adesão e/ou persistência à TEA e melhorar os mais diversos fatores psicossociais envolvidos no processo de adesão dos tratamentos citados anteriormente.

Completando trabalhos anteriores que se concentraram somente em intervenções educativas e informativas, apresentamos aqui um compilado de intervenções psicossociais, com diferentes técnicas e abordagens. Os resultados mostraram que a maioria dos ECRs incluídos ($n = 13$) tiveram intervenções eficazes, alguns em todos os desfechos e períodos de avaliação e outros em apenas alguns momentos e desfechos. Portanto, os resultados formalizam nossa hipótese de que as intervenções psicossociais podem ser mais promissoras no aumento da adesão e no cuidado com os fatores psicossociais.

Dentre os trabalhos voltados para aumentar a adesão à TEA, todos tiveram suas intervenções baseadas na TCC. A Terapia de Aceitação e Compromisso, utilizada em dois trabalhos, mostrou ser eficaz na adesão em um acompanhamento de seis meses, e o relaxamento muscular progressivo revelou melhoras na adesão mesmo após oito anos de acompanhamento. Embora somente a TCC não tenha apresentado maiores resultados frente a adesão, ela se mostrou eficaz no mesmo estudo, na diminuição dos níveis de ansiedade e depressão

Intervenções que consideram essa abordagem e suas técnicas, também têm sido utilizadas para além da adesão. No contexto da oncologia ou em outras doenças crônicas, a TCC tem sido eficaz na diminuição do medo da recorrência do câncer, na otimização das expectativas da TEA, melhorando a qualidade de vida e auxiliando na adesão ao tratamento de outras doenças (Shedden-Mora *et al.*, 2020; Wagner *et al.*, 2021; Fang *et al.*, 2023; Sinclair *et al.*, 2023; Tauber *et al.*, 2023; Abbas *et al.*, 2023.).

Um ponto a ser observado é que todos os estudos mediram a adesão através do autorrelato, uma forma de avaliação subjetiva que pode influenciar o resultado, sendo importante considerar o uso de dispositivos de monitoramento eletrônico, utilizados também em dois estudos. Além disso, pela adesão também apresentar um componente comportamental, o conhecimento de estar no grupo intervenção ou o simples fato de saber que estava sendo observada e avaliada, também conhecido como efeito Hawthorne, pode levar à mudança de comportamento e influenciar de alguma forma nos resultados.

Embora seja necessário cautela na interpretação destes resultados devido às limitações apresentadas, estes resultados, no entanto, estão alinhados com a recente revisão sistemática sobre os diferentes tipos de intervenções para melhorar a adesão à

TEA, em que as IPs se mostraram as mais promissoras para melhorar os comportamentos de adesão à TEA (Bright *et al.*, 2023).

No que se refere às intervenções voltadas para ansiedade e sintomas depressivos/depressão, essas tiveram suas estratégias baseadas na TCC e somente uma na Psicodinâmica. De modo geral, as intervenções foram eficazes na diminuição da ansiedade e/ou depressão. Em concordância com a literatura, a eficácia das abordagens fundamentadas na TCC e Psicodinâmica são consistentes em diversos cenários, tanto para diminuição da ansiedade e sintomas depressivos, quanto para adaptação psicossocial, melhora da autoestima e emoções, imagem corporal, funcionamento social e sexual (Hersch *et al.*, 2009; Beutel *et al.*, 2014; Ghorbani *et al.*, 2021; Midgley *et al.*, 2021; Dear *et al.*, 2022; Bahcivan *et al.*, 2022; Akkol-Solakoglu; Hevey 2023; Getu *et al.*, 2023).

Ainda, quatro estudos que utilizaram as intervenções psicoeducação, terapia de movimento e dança e Yoga, não apresentaram efeito frente os sintomas de ansiedade e depressão. Entretanto, em três desses estudos, as pacientes não apresentaram pontuações de ansiedade e depressão na linha de base (Yates *et al.*, 2005; Jones *et al.*, 2013; Ho *et al.*, 2016) e um estudo não apresentou a linha de base para comparação (Lanctôt *et al.*, 2016).

Dessa forma, o efeito nulo ou pequeno pode não estar relacionado à falta de efeito da intervenção, mas a ausência de sintomas desde o início do estudo, uma vez que maior sofrimento relacionado ao câncer no início do estudo pode levar a efeitos maiores. Com isso, observamos que além das questões que envolvem a condução do estudo e da intervenção, os fatores das pacientes também podem alterar as respostas frente às intervenções (Walsh *et al.*, 2024).

Vale ressaltar ainda que, em alguns dos estudos incluídos nesta revisão, a mesma intervenção proporcionou melhora em determinado fator e em outro não, ou em tempos diferentes. Esse mesmo resultado também foi observado em outros trabalhos (Weis *et al.*, 2019; Bidstrup *et al.*, 2023). Isso nos remete a meta-análise de Heron-Speirs, Harvey e Baken (2013). Em uma busca pela eficácia de vários tipos de intervenção e seus moderadores de eficácia, os autores não identificaram uma intervenção como melhor do que a outra. Na verdade, o tipo de terapia deve ser selecionada de modo individual para cada paciente.

Por fim, apesar dos importantes resultados que os estudos incluídos nesta revisão sistemática apresentaram, a falta de cegamento dos participantes e profissionais envolvidos no estudo foi a principal limitação entre os estudos, justificada pela natureza da intervenção. Contudo, são válidos estudos que busquem avaliar possíveis formas de

reduzir a ansiedade e depressão, aumentar adesão e se atentar aos cuidados com outros fatores psicossociais. Considerando que esses são problemas consistentes na literatura e que pacientes com câncer estão em maior risco, formas de tentar mitigar esse problema devem ser reconhecidas e incentivadas.

Quanto à essa revisão, embora a metodologia utilizada para conduzir esteja bem estabelecida, o julgamento subjetivo do risco de viés foi inevitável ao longo do processo. A principal limitação, portanto, foi a falta de dados suficientes em muitos estudos para fazer um julgamento claro em alguns domínios de viés e a não tentativa de contato com os autores para tentar recuperar mais dados. Desse modo, uma estimativa superestimada ou subestimada do risco de viés pode estar presente.

5 CONCLUSÃO

A busca por intervenções que sejam úteis para aumentar a adesão à TEA e o cuidado com os preditores psicossociais de adesão, é essencial para auxiliar o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Em nossas pesquisas, evidenciamos 16 estudos com diferentes formas de intervenções, de entrega, tempo e profissionais envolvidos. Vimos ainda que a eficácia da intervenção pode depender de vários fatores, principalmente aqueles pertencentes ao paciente.

Através dos dados disponíveis foi possível constatar que as intervenções eficazes em pelo menos um momento ou medida de avaliação foram: terapia de aceitação e compromisso; TCC sozinha ou com hipnose; relaxamento muscular progressivo; pitagórica de autoconsciência; yoga; psicodinâmica; bi comportamental; expressão emocional breve e intervenção positiva centrada na família. A psicoeducação sozinha e a terapia de movimento e dança não mostraram efeitos significativos.

Os resultados evidenciam, portanto, que as IPs são úteis e promissoras, e que o conhecimento das necessidades das pacientes e das intervenções disponíveis é importante para suprir as questões que surgem durante o tratamento do câncer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo elucidar e mostrar o cenário brasileiro dos diferentes conceitos relacionados ao CM, como estratégias de prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce e tratamentos disponíveis, buscando ainda os inúmeros preditores psicossociais envolvidos no processo de adesão desses tratamentos. Com base nisso,

selecionamos as intervenções psicossociais que podem ser promissoras para aumentar as taxas de adesão à TEA e modificar os fatores envolvidos, como ansiedade e depressão.

Como visto, ainda é preciso melhorar as taxas de rastreamento na população alvo, além de diminuir o tempo entre consulta, diagnóstico e início do tratamento. Ainda, o trabalho apresenta dimensões que podem influenciar na forma como a paciente segue o tratamento. Por fim, trazemos diferentes estudos, que apresentam diferentes intervenções com resultados promissores e que podem auxiliar as pacientes a enfrentarem essas questões, podendo assim alcançar melhores resultados clínicos e melhor qualidade de vida.

7 FINANCIAMENTO

Apoio fornecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001.

8 CONFLITOS DE INTERESSE

Não há.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Q. *et al.* Cognitive behavior therapy for diabetes distress, depression, health anxiety, quality of life and treatment adherence among patients with type-II diabetes mellitus: a randomized control trial. **BMC Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 86, 2023.

AKKOL-SOLAKOGLU, S.; HEVEY, D. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in breast cancer survivors: Results from a randomised controlled trial. **Psychooncology**, v. 32, n. 3, p. 446-456, 2023.

ANDERSEN, B.L. *et al.* Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. **Journal of Clinical Oncology**, v. 22, n. 17, p. 3570-3580, 2004.

ARCH, J. J. *et al.* Randomized Controlled Pilot Trial of a Low-Touch Remotely-Delivered Values Intervention to Promote Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy Among Breast Cancer Survivors. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 56, n. 8, p. 856-871, 2022.

BAHCIVAN, O. *et al.* A single-session Mindfulness-Based Swinging Technique vs. cognitive disputation intervention among women with breast cancer: A pilot randomised controlled study examining the efficacy at 8-week follow-up. **Frontiers in Psychology**, v. 13, p. 1-16, 2022.

BEUTEL, M. E. *et al.* Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. **Annals of Oncology**, v. 25, n. 2, p. 378-3884, 2014.

BIDSTRUP, P. E. *et al.* Effect of a Nurse Navigation Intervention on Mental Symptoms in Patients With Psychological Vulnerability and Breast Cancer: The REBECCA Randomized Clinical Trial. **JAMA Netw Open**, v. 6, n. 6, p. 1-14, 2023.

BRIGHT, E. E. *et al.* A Systematic Review and Meta-Analysis of Interventions to Promote Adjuvant Endocrine Therapy Adherence Among Breast Cancer Survivors. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 28, p. 4548-4561, 2023.

CARDOSO, F. *et al.* Early breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 30, n. 8, p. 1194-1220, 2019.

CARVALHO, V. A. *et al.* **Temas em psico-oncologia.** Parte I – Psico-oncologia: conceituação, definições, abrangência do campo. São Paulo: Summus, 2008.

CHARALAMPOPOULOU, M. *et al.* The effects of Pythagorean Self-Awareness Intervention on breast cancer patients undergoing adjuvant therapy: A pilot randomized controlled trial. **Breast**, v. 49, p. 210-218, 2020.

DEAR, F. B. *et al.* The chronic conditions course: a randomized controlled trial of an internet-delivered transdiagnostic psychological intervention for people with chronic health conditions. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 91, n. 4, p. 265-276, 2022.

EKINCI, E. *et al.* Interventions to improve endocrine therapy adherence in breast cancer survivors: what is the evidence? **Journal of Cancer Survivorship**, v. 12, p. 348–356, 2018.

FANG, P. *et al.* Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for people with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **J Adv Nurs**, v. 79, n. 2, p. 519-538, 2023.

FERLAY, J. *et al.* Cancer statistics for the year 2020: An overview. **International Journal of Cancer**, v. 149, n. 4, p. 778-789, 2021.

FINITSIS, D. J. *et al.* Interventions to promote adherence to endocrine therapy among breast cancer survivors: a meta-analysis. **Psychooncology**, v. 28, n. 2, p. 255-263, 2019.

GETU, M. A. *et al.* The effect of cognitive behavioural therapy integrated with activity pacing on cancer-related fatigue, depression and quality of life among patients with breast cancer undergoing chemotherapy in Ethiopia: A randomised clinical trial. **International Journal of Cancer**, v. 152, n. 12, p. 2541-2553, 2023.

GHORBANI V. *et al.* Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on depression, pain acceptance, and psychological flexibility in married women with breast cancer: a pre- and post-test clinical trial. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 43, n. 2, p. 126-133, 2021.

- GOLSHAN, M. *et al.* Breast conservation after neoadjuvant chemotherapy for triple-negative breast cancer. **JAMA Surgery**, v. 155, n. 3, p. 1-8, 2020.
- GRAHAM, C. D. *et al.* A pilot randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for medication decision-making and quality of life in women with breast cancer: The ACTION trial. **Psychooncology**, v. 33, n. 5, p. 2024.
- HEINEY, S. P. *et al.* A systematic review of interventions to improve adherence to endocrine therapy. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 173, n. 3, p. 499-510, 2019.
- HERON-SPEIRS, H. A.; HARVEY, S. T.; BAKEN, D. M. Moderators of psycho-oncology therapy effectiveness: meta-analysis of therapy characteristics. **Journal Psychosocial Oncology**, v. 31, n. 16, p. 617-641, 2013.
- HERSCH, J. *et al.* Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review. **Psychooncology**, v. 18, n. 8, p. 795-810, 2009.
- HIGGINS, J. P. T. *et al.* **Manual Cochrane para Revisões Sistemáticas de Intervenções versão 6.4** (atualizado em agosto de 2023). Cochrane, 2023. Disponível em www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 10 mar 2023.
- HO, R. T. *et al.* Effects of a Short-Term Dance Movement Therapy Program on Symptoms and Stress in Patients With Breast Cancer Undergoing Radiotherapy: A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 51, n. 5, p. 824-831, 2016.
- HORVATH, A. O. *et al.* Alliance in individual psychotherapy. **Psychotherapy**, v. 48, n. 1, p. 9-16, 2011.
- JACOBS, J. M. *et al.* A telehealth intervention for symptom management, distress, and adherence to adjuvant endocrine therapy: A randomized controlled trial. **Cancer**, v. 128, n. 19, p. 3541-3551, 2022.
- JONES, J. M. *et al.* Getting back on track: evaluation of a brief group psychoeducation intervention for women completing primary treatment for breast cancer. **Psychooncology**, v. 22, n. 1, p. 117-124, 2013.
- LANCTÔT, D. *et al.* The effects of the Bali Yoga Program (BYP-BC) on reducing psychological symptoms in breast cancer patients receiving chemotherapy: results of a randomized, partially blinded, controlled trial. **Journal of Integrative and Complementary Medicine**, v. 13, n. 4, p. 405-412, 2016.
- LAZZERONI, M. *et al.* Randomized placebo-controlled trial of low-dose tamoxifen to prevent recurrence in breast noninvasive neoplasia: A 10-year follow-up of TAM-01 study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 17, p. 3116-3121, 2023.
- LI, T.; HIGGINS, J. P. T.; DEEKS, J. J. (editors). Chapter 5: Collecting data. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4** (updated August 2023). Cochrane, 2023. Available from www.training.cochrane.org/handbook. Acesso em: 20 fev 2024.

MAKUBATE, B.; DONNAN, P. T.; DEWAR, J. A. Cohort study of adherence to adjuvant endocrine therapy, breast cancer recurrence and mortality. **British Journal of Cancer**, v. 108, n. 7, p. 1515–1524, 2013.

MCCOWAN, C. *et al.* Cohort study examining tamoxifen adherence and its relationship to mortality in women with breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 99, n. 11, p. 1763–1768, 2008.

MIDGLEY, N. *et al.* The Evidence-Base for Psychodynamic Psychotherapy With Children and Adolescents: A Narrative Synthesis. **Frontiers Psychol**, v. 12, p. 1-18, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes metodológicas. Elaboração de revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizado.** Brasília - DF. 1º edição, 2021. Disponível em: https://rebrats.saude.gov.br/phocadownload/diretrizes/20210622_Diretriz_Revisao_Sistematica_2021.pdf. Acesso em: 02 mar 2023.

MONTGOMERY, G. H. *et al.* Cognitive-Behavioral Therapy Plus Hypnosis for Distress During Breast Radiotherapy: A Randomized Trial. **American Journal of Clinical Hypnosis**, v. 60, n. 2, p. 109-122, 2017.

MOON, Z.; MORRIS, R. M.; HUNTER, M. S. Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: a systematic review. **Patient Preference and Adherence**, v. 1, n. 1, p. 305-322, 2017.

OPAS. Breast. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em: 12/06/2023.

PAGE, M. J., *et al.* PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. **British Medical Journal**, v. 372, n. 160, p. 1-36, 2021.

PARTRIDGE, A. H. *et al.* Adherence and persistence with oral adjuvant chemotherapy in older women with early-stage breast cancer in CALGB 49907: adherence companion study 60104. **Journal Clinical of Oncology**, v. 28, n. 14, p. 2418-2422, 2010.

REAM, M. E. *et al.* Brief relaxation training is associated with long-term endocrine therapy adherence among women with breast cancer: post hoc analysis of a randomized controlled trial. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 190, n. 1, p. 79-88, 2021.

SABATÉ, E.; World Health Organization. Non communicable Diseases and Mental Health Cluster. (2001). Adherence to long-term therapies : policy for action : meeting report. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/66984>. Acesso: 29 mai 2024.

SANDGREN, A. K.; MCCAUL, K. D. Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. **Psychooncology**, v. 16, n. 1, p. 38-47, 2007.

SANTOS, M. O. *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, p. 1-11, 2023.

SCHNUR, J. B. *et al.* A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 65, n. 4, p. 443-55, 2009.

SHAMSEER, L. *et al.* Itens de Relatório Preferenciais para Protocolos de Revisão Sistemática e Meta-Análise (PRISMA-P) 2015: elaboração e explicação. **British Medical Journal**, v. 349, p. 1-25, 2015.

SHEDDEN-MORA, M. C. *et al.* Optimizing Expectations About Endocrine Treatment for Breast Cancer: Results of the Randomized Controlled PSY-BREAST Trial. **Clinical Psychology in Europe**, v. 2, n. 1, p. 1-20, 2020.

SINCLAIR, F. *et al.* Real-world evaluation of an acceptance and commitment therapy-based group programme for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence. **Supportive Care Cancer**, v. 31, n. 12, p. 1-9, 2023.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209–249, 2021.

TAUBER, N. M. *et al.* ConquerFear-Group: A randomized controlled trial of an online-delivered group-based psychological intervention for fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. **Psychooncology**, v. 32, n. 9, p. 1424-1432, 2023.

WAGNER, L. I. *et al.* eHealth Intervention to Reduce Breast Cancer Survivors' Fear of Recurrence: Results From the FoRtitude Randomized Trial. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 113, n. 11, p. 1495-1505, 2021.

WALSH, E. A. *et al.* Identification of patient subgroups who benefit from a behavioral intervention to improve adjuvant endocrine therapy adherence: a randomized-controlled trial. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 204, p. 547–559, 2024.

WEIS, J. B. *et al.* Psychoeducational group intervention for breast cancer survivors: a non-randomized multi-center pilot study. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 7, p. 3033–3040, 2019.

YATES, P. *et al.* Randomized controlled trial of an educational intervention for managing fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 25, p. 6027-6036, 2005.

YOO, H. J. *et al.* Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. **Supportive Care in Cancer**, v. 13, n. 10, p. 826-833, 2005.

ZEPPEGNO, P. *et al.* Psychotherapy with Music Intervention Improves Anxiety, Depression and the Redox Status in Breast Cancer Patients Undergoing Radiotherapy: A Randomized Controlled Clinical Trial. **Cancers (Basel)**, v. 13, n. 8, p. 1752, 2021.

ZHANG, Y. *et al.* Effects of family-centered positive psychological intervention on psychological health and quality of life in patients with breast cancer and their caregivers. **Supportive Care in Cancer**, v. 31, n. 10, p. 592, 2023.

APÊNDICES

Apêndice I. Estratégia de busca geral detalhada e estratégia para cada base de dados e literatura cinzenta.

#1 – ("Breast Neoplasms"[Mesh] OR (Neoplasm, Breast) OR (Breast Tumors) OR (Breast Tumor) OR (Tumor, Breast) OR (Tumors, Breast) OR (Neoplasms, Breast) OR (Breast Cancer) OR (Cancer, Breast) OR (Mammary Cancer) OR (Cancer, Mammary) OR (Cancers, Mammary) OR (Mammary Cancers) OR (Malignant Neoplasm of Breast) OR (Breast Malignant Neoplasm) OR (Breast Malignant Neoplasms) OR (Malignant Tumor of Breast) OR (Breast Malignant Tumor) OR (Breast Malignant Tumors) OR (Cancer of Breast) OR (Cancer of the Breast) OR (Mammary Carcinoma, Human) OR (Carcinoma, Human Mammary) OR (Carcinomas, Human Mammary) OR (Human Mammary Carcinomas) OR (Mammary Carcinomas, Human) OR (Human Mammary Carcinoma) OR (Mammary Neoplasms, Human) OR (Human Mammary Neoplasm) OR (Human Mammary Neoplasms) OR (Neoplasm, Human Mammary) OR (Neoplasms, Human Mammary) OR (Mammary Neoplasm, Human) OR (Breast Carcinoma) OR (Breast Carcinomas) OR (Carcinoma, Breast) OR (Carcinomas, Breast) OR (Women breast cancer) OR (Female breast cancer)

#2 – ("Psychosocial Intervention"[Mesh]) OR (Intervention, Psychosocial) OR (Interventions, Psychosocial) OR (Psychosocial Interventions) OR (Psychological Intervention) OR (Intervention, Psychological) OR (Interventions, Psychological) OR (Psychological Interventions) OR (psychotherap*) OR (psychoeducation) OR (coping skills) OR (brief motivational counselling) OR (sexual therapy) OR (anxiety managementtraining) OR (marital therapy) OR (group therapy) OR (cognitive therapy) OR (behavio* therapy) OR (focal therapy*) OR (general counselling) OR (psychodynamic therapy) OR (supportivetherapy) OR (psychoanalyses) OR (interpersonal therapy) OR (individual therapy) OR (couples therapy)

#3 - #1 AND #2 AND

Filtro da própria ferramenta: Randomized Controlled Trial

Estratégia de busca específica para cada base de dados

Cochrane Library

Busca com População, Intervenção e Filtro Validado para ECR da própria ferramenta	
Data da busca: 29/01/2024 Atualizada em 26/03/2024	Resultado: 1487 referências
População: Breast neoplasms (Mesh)	
MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] explode all trees OR "Human Mammary Carcinoma" OR "Carcinoma, Human Mammary" OR "Carcinomas, Human Mammary" OR "Mammary Carcinomas, Human" OR "Human Mammary Carcinomas" OR "Mammary Carcinoma, Human" OR "Mammary Neoplasm,	

Human” OR “Neoplasms, Human Mammary” OR “Human Mammary Neoplasm” OR “Human Mammary Neoplasms” OR “Mammary Neoplasms, Human” OR “Neoplasm, Human Mammary” OR “Breast Malignant Tumor” OR “Breast Cancer” OR “Cancer of the Breast” OR “Malignant Tumor of Breast” OR “Breast Malignant Neoplasms” OR “Cancers, Mammary” OR “Cancer of Breast” OR “Malignant Neoplasm of Breast” OR “Cancer, Mammary” OR “Breast Malignant Tumors” OR “Breast Malignant Neoplasm” OR “Mammary Cancers” OR “Mammary Cancer” OR “Cancer, Breast” OR “Neoplasm, Breast” OR “Breast Tumors” OR “Tumor, Breast” OR “Breast Tumor” OR “Tumors, Breast” OR “Neoplasms, Breast” OR “Breast Neoplasm” OR “Breast Carcinomas” OR “Carcinoma, Breast” OR “Carcinomas, Breast” OR “Breast Carcinoma” OR “Women breast cancer” OR “Female breast cancer”
AND
Intervenção: Psychosocial Intervention (Mesh)
MeSH descriptor: [Psychosocial Intervention] explode all trees OR “Interventions, Psychosocial” OR “Interventions, Psychological” OR “Intervention, Psychosocial” OR “Psychosocial Interventions” OR “Psychological Interventions” OR “Psychological Intervention” OR “Intervention, Psychological” OR (psychotherap NEXT*) OR “psychoeducation” OR “coping skills” OR “brief motivational counselling” OR “sexual therapy” OR “anxiety managementtraining” OR “marital therapy” OR “group therapy” OR “cognitive therapy” OR (behavio therapy NEXT*) OR (focal therapy NEXT*) OR “general counselling” OR “psychodynamic therapy” OR “supportivetherapy” OR “psychoanalyses” OR “interpersonal therapy” OR “individual therapy” OR “couples therapy”
Filtro: trials (a cochrane já separa os ensaios clínicos na própria plataforma)

PubMed

Busca com População, Intervenção e Filtro Cochrane ferramenta (foi combinado o termo mesh e entry terms em title/abstract)	
Data da busca: 26/01/2024 atualizada em 26/03/2024	Resultado: 726 referências
População: breast neoplasms (Mesh)	
((("Breast Neoplasms"[Mesh]) OR (Breast Neoplasm[Title/Abstract])) OR (Neoplasm, Breast[Title/Abstract])) OR (Breast Tumors[Title/Abstract])) OR (Breast Tumor[Title/Abstract])) OR (Tumor, Breast[Title/Abstract])) OR (Tumors, Breast[Title/Abstract])) OR (Neoplasms, Breast[Title/Abstract])) OR (Breast Cancer[Title/Abstract])) OR (Cancer, Breast[Title/Abstract])) OR (Mammary Cancer[Title/Abstract])) OR (Cancer, Mammary[Title/Abstract])) OR (Cancers, Mammary[Title/Abstract])) OR (Mammary Cancers[Title/Abstract])) OR (Malignant Neoplasm of Breast[Title/Abstract])) OR (Breast Malignant Neoplasm[Title/Abstract])) OR (Breast Malignant Neoplasms[Title/Abstract])) OR (Malignant Tumor of Breast[Title/Abstract])) OR (Breast Malignant Tumor[Title/Abstract])) OR (Breast Malignant Tumors[Title/Abstract])) OR (Cancer of Breast[Title/Abstract])) OR (Cancer of the Breast[Title/Abstract])) OR (Mammary Carcinoma, Human[Title/Abstract])) OR (Carcinoma, Human Mammary[Title/Abstract])) OR (Carcinomas, Human	

Mammary[Title/Abstract]) OR (Human Mammary Carcinomas[Title/Abstract]) OR (Mammary Carcinomas, Human[Title/Abstract]) OR (Human Mammary Carcinoma[Title/Abstract]) OR (Mammary Neoplasms, Human[Title/Abstract]) OR (Human Mammary Neoplasm[Title/Abstract]) OR (Human Mammary Neoplasms[Title/Abstract]) OR (Neoplasm, Human Mammary[Title/Abstract]) OR (Neoplasms, Human Mammary[Title/Abstract]) OR (Mammary Neoplasm, Human[Title/Abstract]) OR (Breast Carcinoma[Title/Abstract]) OR (Breast Carcinomas[Title/Abstract]) OR (Carcinoma, Breast[Title/Abstract]) OR (Carcinomas, Breast[Title/Abstract])
AND
Intervenção: Psychosocial Intervention (Mesh)
((((((((((((((((((((((("Psychosocial Intervention"[Mesh]) OR (Intervention, Psychosocial[Title/Abstract]) OR (Interventions, Psychosocial[Title/Abstract]) OR (Psychosocial Interventions[Title/Abstract]) OR (Psychological Intervention[Title/Abstract]) OR (Intervention, Psychological[Title/Abstract]) OR (Interventions, Psychological[Title/Abstract]) OR (Psychological Interventions[Title/Abstract]) OR (psychotherap*[Title/Abstract]) OR (psychoeducation[Title/Abstract]) OR (coping skills[Title/Abstract]) OR (brief motivational counselling[Title/Abstract]) OR (sexual therapy[Title/Abstract]) OR (anxiety managementtraining[Title/Abstract]) OR (marital therapy[Title/Abstract]) OR (group therapy[Title/Abstract]) OR (cognitivetherapy[Title/Abstract]) OR (behavio* therapy[Title/Abstract]) OR (focal therapy*[Title/Abstract]) OR (general counselling[Title/Abstract]) OR (psychodynamic therapy[Title/Abstract]) OR (supportivetherapy[Title/Abstract]) OR (psychoanalyses[Title/Abstract]) OR (interpersonal therapy[Title/Abstract]) OR (cognitive therapy[Title/Abstract]) OR (individual therapy[Title/Abstract]) OR (couples therapy[Title/Abstract])
Filtro: Estratégia de pesquisa altamente sensível da Cochrane para identificação de ensaios randomizados no MEDLINE: versão que maximiza a sensibilidade (revisão de 2008); Formato PubMed
((((((((randomized controlled trial [pt]) OR (controlled clinical trial [pt])) OR (randomized [tiab]) OR (placebo [tiab]) OR (drug therapy [sh]) OR (randomly [tiab]) OR (trial [tiab]) OR (groups [tiab])) NOT (animals [mh] NOT humans [mh])

EMBASE

Busca com População, Intervenção e Filtro Cochrane	
Data da busca: 31/01/2024	Resultado: 1771
Atualizada em 26/03/2024	
População: Breast tumor (Entree)	
('bilateral breast neoplasm'/exp OR 'bilateral breast neoplasm' OR 'bilateral breast tumor'/exp OR 'bilateral breast tumor' OR 'bilateral breast tumour'/exp OR 'bilateral breast tumour' OR 'breast gland tumor'/exp OR 'breast gland tumor' OR 'breast gland tumour'/exp OR 'breast gland tumour' OR 'breast mass'/exp OR 'breast mass' OR 'breast neoplasia'/exp OR 'breast neoplasia' OR 'breast neoplasm'/exp OR 'breast neoplasm' OR 'breast neoplasms'/exp OR 'breast neoplasms' OR 'breast neoplasms, male'/exp OR 'breast neoplasms, male' OR 'breast tumorigenesis'/exp	

OR 'breast tumorigenesis' OR 'breast tumour'/exp OR 'breast tumour' OR 'female breast neoplasm'/exp OR 'female breast neoplasm' OR 'female breast tumor'/exp OR 'female breast tumor' OR 'female breast tumour'/exp OR 'female breast tumour' OR 'male breast neoplasm'/exp OR 'male breast neoplasm' OR 'male breast tumor'/exp OR 'male breast tumor' OR 'male breast tumour'/exp OR 'male breast tumour' OR 'mamma tumor'/exp OR 'mamma tumor' OR 'mamma tumour'/exp OR 'mamma tumour' OR 'mammary gland neoplasia'/exp OR 'mammary gland neoplasia' OR 'mammary gland neoplasm'/exp OR 'mammary gland neoplasm' OR 'mammary gland tumor'/exp OR 'mammary gland tumor' OR 'mammary gland tumorigenesis'/exp OR 'mammary gland tumorigenesis' OR 'mammary gland tumour'/exp OR 'mammary gland tumour' OR 'mammary neoplasia'/exp OR 'mammary neoplasia' OR 'mammary neoplasm'/exp OR 'mammary neoplasm' OR 'mammary neoplasms'/exp OR 'mammary neoplasms' OR 'mammary tumor'/exp OR 'mammary tumor' OR 'mammary tumor cell'/exp OR 'mammary tumor cell' OR 'mammary tumorigenesis'/exp OR 'mammary tumorigenesis' OR 'mammary tumour'/exp OR 'mammary tumour' OR 'mammary tumour cell'/exp OR 'mammary tumour cell' OR 'mass in the breast'/exp OR 'mass in the breast' OR 'masses in the breast'/exp OR 'masses in the breast' OR 'neoplasia of the breast'/exp OR 'neoplasia of the breast' OR 'neoplasm of the breast'/exp OR 'neoplasm of the breast' OR 'neoplasm of the mammary gland'/exp OR 'neoplasm of the mammary gland' OR 'neoplastic breast'/exp OR 'neoplastic breast' OR 'neoplastic mammary'/exp OR 'neoplastic mammary' OR 'neoplastic mammary gland'/exp OR 'neoplastic mammary gland' OR 'tumor of the breast'/exp OR 'tumor of the breast' OR 'tumor of the female breast'/exp OR 'tumor of the female breast' OR 'tumor of the male breast'/exp OR 'tumor of the male breast' OR 'tumor of the mammary gland'/exp OR 'tumor of the mammary gland' OR 'tumorigenesis of the breast'/exp OR 'tumorigenesis of the breast' OR 'tumorigenesis of the mammary gland'/exp OR 'tumorigenesis of the mammary gland' OR 'tumour of the male breast'/exp OR 'tumour of the male breast' OR 'unilateral breast neoplasm'/exp OR 'unilateral breast neoplasm' OR 'unilateral breast neoplasms'/exp OR 'unilateral breast neoplasms' OR 'unilateral breast tumor'/exp OR 'unilateral breast tumor' OR 'breast tumor'/exp OR 'breast tumor') AND [embase]/lim

AND

Intervenção: Psychosocial intervention (Entree)

('psycho-social intervention'/exp OR 'psycho-social intervention' OR 'psycho-social therapy'/exp OR 'psycho-social therapy' OR 'psycho-social treatment'/exp OR 'psycho-social treatment' OR 'psychosocial therapy'/exp OR 'psychosocial therapy' OR 'psychosocial treatment'/exp OR 'psychosocial treatment' OR 'psychosocial intervention'/exp OR 'psychosocial intervention' OR 'psychotherap*' OR 'psychoeducation'/exp OR 'psychoeducation' OR 'coping skills' OR 'brief motivational counselling' OR 'sexual therapy'/exp OR 'sexual therapy' OR 'anxiety managementtraining' OR 'marital therapy'/exp OR 'marital therapy' OR 'group therapy'/exp OR 'group therapy' OR 'cognitive therapy'/exp OR 'cognitive therapy' OR 'behavio* therapy' OR 'focal therapy*' OR 'general counselling' OR 'psychodynamic therapy'/exp OR 'psychodynamic therapy' OR 'supportivetherapy' OR 'psychoanalyses' OR 'interpersonal therapy'/exp OR 'interpersonal therapy' OR 'individual therapy'/exp OR 'individual therapy' OR 'couples therapy'/exp OR 'couples therapy') AND [embase]/lim

Filtro: Estratégia de pesquisa altamente sensível da Cochrane para identificação de ensaios randomizados no Embase (revisão de 2023); Formato Embase.com

#1 'randomized controlled trial'/exp OR 'controlled clinical trial'/de OR random*:ti,ab,tt OR 'randomization'/de OR 'intermethod comparison'/de OR placebo:ti,ab,tt OR (compare:ti,tt OR compared:ti,tt OR comparison:ti,tt) OR ((evaluated:ab OR evaluate:ab OR evaluating:ab OR assessed:ab OR assess:ab) AND (compare:ab OR compared:ab OR comparing:ab OR comparison:ab)) OR (open NEXT/1 label):ti,ab,tt OR ((double OR single OR doubly OR singly) NEXT/1 (blind OR blinded OR blindly)):ti,ab,tt OR 'double blind procedure'/de OR (parallel NEXT/1 group*):ti,ab,tt OR (crossover:ti,ab,tt OR 'cross over':ti,ab,tt) OR ((assign* OR match OR matched OR allocation) NEAR/6 (alternate OR group OR groups OR intervention OR interventions OR patient OR patients OR subject OR subjects OR participant OR participants)):ti,ab,tt OR (assigned:ti,ab,tt OR allocated:ti,ab,tt) OR (controlled NEAR/8 (study OR design OR trial)):ti,ab,tt OR (volunteer:ti,ab,tt OR volunteers:ti,ab,tt) OR 'human experiment'/de OR trial:ti,tt NOT (((random* NEXT/1 sampl* NEAR/8 ('cross section*' OR questionnaire* OR survey OR surveys OR database OR databases)):ti,ab,tt) NOT ('comparative study'/de OR 'controlled study'/de OR 'randomised controlled':ti,ab,tt OR 'randomized controlled':ti,ab,tt OR 'randomly assigned':ti,ab,tt)) OR ('cross-sectional study'/de NOT ('randomized controlled trial'/exp OR 'controlled clinical study'/de OR 'controlled study'/de OR 'randomised controlled':ti,ab,tt OR 'randomized controlled':ti,ab,tt OR 'control group':ti,ab,tt OR 'control groups':ti,ab,tt)) OR ('case control*':ti,ab,tt AND random*:ti,ab,tt NOT ('randomised controlled':ti,ab,tt OR 'randomized controlled':ti,ab,tt)) OR ('systematic review':ti,tt

#2 (trial:ti,tt OR study:ti,tt)) OR (nonrandom*:ti,ab,tt NOT random*:ti,ab,tt) OR 'random field*':ti,ab,tt OR ('random cluster' NEAR/4 sampl*):ti,ab,tt OR (review:ab AND review:it) NOT trial:ti,tt OR ('we searched':ab AND (review:ti,tt OR review:it)) OR 'update review':ab

OR (databases NEAR/5 searched):ab OR ((rat:ti,tt OR rats:ti,tt OR mouse:ti,tt OR mice:ti,tt OR swine:ti,tt OR porcine:ti,tt OR murine:ti,tt OR sheep:ti,tt OR lambs:ti,tt OR pigs:ti,tt OR piglets:ti,tt OR rabbit:ti,tt OR rabbits:ti,tt OR cat:ti,tt OR cats:ti,tt OR dog:ti,tt OR dogs:ti,tt OR cattle:ti,tt OR bovine:ti,tt OR monkey:ti,tt OR monkeys:ti,tt OR trout:ti,tt OR marmoset*:ti,tt) AND 'animal experiment'/de) OR ('animal experiment'/de NOT ('human experiment'/de OR 'human'/de))

#3 #1 NOT #2

PsycINFO

Busca com População, Intervenção e Filtro para Ensaio clínico da própria ferramenta

Data da busca: 30/01/2024
Atualizada em 26/03/2024

Resultado: 367 referencias

População: Breast Neoplasms

Any Field: Breast Neoplasms OR Any Field: Breast Neoplasm OR Any Field: Neoplasm, Breast OR Any Field: Breast Tumors OR Any Field: Breast Tumor OR Any Field: Tumor, Breast OR Any Field: Tumors, Breast OR Any Field: Neoplasms, Breast OR Any Field: Breast Cancer OR Any Field: Cancer, Breast OR Any Field: Mammary Cancer OR Any Field: Cancer, Mammary OR Any

Field: Cancers, Mammary OR Any Field: Mammary Cancers OR Any Field: Malignant Neoplasm of Breast OR Any Field: Breast Malignant Neoplasm OR Any Field: Breast Malignant Neoplasms OR Any Field: Malignant Tumor of Breast OR Any Field: Breast Malignant Tumor OR Any Field: Breast Malignant Tumors OR Any Field: Cancer of Breast OR Any Field: Cancer of the Breast OR Any Field: Mammary Carcinoma, Human OR Any Field: Carcinoma, Human Mammary OR Any Field: Carcinomas, Human Mammary OR Any Field: Human Mammary Carcinomas OR Any Field: Mammary Carcinomas, Human OR Any Field: Human Mammary Carcinoma OR Any Field: Mammary Neoplasms, Human OR Any Field: Human Mammary Neoplasm OR Any Field: Human Mammary Neoplasms OR Any Field: Neoplasm, Human Mammary OR Any Field: Neoplasms, Human Mammary OR Any Field: Mammary Neoplasm, Human OR Any Field: Breast Carcinoma OR Any Field: Breast Carcinomas OR Any Field: Carcinoma, Breast OR Any Field: Carcinomas, Breast OR Any Field: Women breast cancer OR Any Field: Female breast cancer
AND
Intervenção: Psychosocial Interventions
Any Field: Psychosocial Interventions OR Any Field: Psychoeducation OR Any Field: Psychosocial Factors OR Any Field: Psychosocial Outcomes OR Any Field: Psychosocial Rehabilitation OR Any Field: Social Services OR Any Field: Support Groups OR Any Field: Psychosocial Intervention OR Any Field: Intervention, Psychosocial OR Any Field: Interventions, Psychosocial OR Any Field: Psychosocial Interventions OR Any Field: Psychological Intervention OR Any Field: Intervention, Psychological OR Any Field: Interventions, Psychological OR Any Field: Psychological Interventions OR Any Field: psychotherap* OR Any Field: coping skills OR Any Field: brief motivational counselling OR Any Field: sexual therapy OR Any Field: anxiety managementtraining OR Any Field: marital therapy OR Any Field: group therapy OR Any Field: cognitive therapy OR Any Field: behavio* therapy OR Any Field: focal therapy* OR Any Field: general counselling OR Any Field: psychodynamic therapy OR Any Field: supportivetherapy OR Any Field: psychoanalyses OR Any Field: interpersonal therapy OR Any Field: individual therapy OR Any Field: couples therapy
Filtro: Methodology: Clinical Trial

LILACS

Busca com População, Intervenção e Filtro Validado para Ensaio clínico controlado da própria ferramenta (foi combinado o termo mesh/decs, com a categoria e entry terms em title/abstract)	
Data da busca: 30/01/2024 Atualizada em 26/03/2024	Resultado: 105 referencias
População: Breast Neoplasms	
(mh:"Breast Neoplasms" OR (breast neoplasms) OR (neoplasias de la mama) OR (neoplasias da mama) OR (breast neoplasm) OR (neoplasm, breast) OR (breast tumors) OR (breast tumor) OR (tumor, breast) OR (tumors, breast) OR (neoplasms, breast) OR (breast cancer) OR (cancer, breast) OR (mammary cancer) OR (cancer,	

<p>mammary) OR (cancers, mammary) OR (mammary cancers) OR (malignant neoplasm of breast) OR (breast malignant neoplasm) OR (breast malignant neoplasms) OR (malignant tumor of breast) OR (breast malignant tumor) OR (breast malignant tumors) OR (cancer of breast) OR (cancer of the breast) OR (mammary carcinoma, human) OR (carcinoma, human mammary) OR (carcinomas, human mammary) OR (human mammary carcinomas) OR (mammary carcinomas, human) OR (human mammary carcinoma) OR (mammary neoplasms, human) OR (human mammary neoplasm) OR (human mammary neoplasms) OR (neoplasm, human mammary) OR (neoplasms, human mammary) OR (mammary neoplasm, human) OR (breast carcinoma) OR (breast carcinomas) OR (carcinoma, breast) OR (carcinomas, breast) OR (women breast cancer) OR (female breast cancer) OR mh:c04.588.180* OR mh:c17.800.090.500*)</p>
AND
Intervenção: Psychosocial Intervention
<p>(mh:"Psychosocial Intervention" OR (psychosocial intervention) OR (intervención psicossocial) OR (intervenção psicossocial) OR (intervention, psychosocial) OR (interventions, psychosocial) OR (psychosocial interventions) OR (psychological intervention) OR (intervention, psychological) OR (interventions, psychological) OR (psychological interventions) OR (psychotherap*) OR (psychoeducation) OR (coping skills) OR (brief motivational counselling) OR (sexual therapy) OR (anxiety managementtraining) OR (marital therapy) OR (group therapy) OR (cognitive therapy) OR (behavio* therapy) OR (focal therapy*) OR (general counselling) OR (psychodynamic therapy) OR (supportivetherapy) OR (psychoanalyses) OR (interpersonal therapy) OR (individual therapy) OR (couples therapy) OR mh:f04.754.715*) AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("clinical trials"))</p>
Filtro: Ensaio clínico controlado

Bases de Registros de Ensaio Clínico Randomizados			
Fonte de informação	Estratégia utilizada	Resultado	Data da busca
Clinicaltrials.gov (NLM)	Interventional Studies (breast neoplasms OR breast tumors OR breast cancer) AND (psychosocial intervention OR psychological intervention) Studies with Female Participants Adult	28 (não foi possível exportar para o endnoteweb, porém vou conferir com os achados pra ver se eram duplicatas)	01/02/2024
Cochrane protocol	MeSH descriptor: [Psychosocial Intervention] explode all trees OR "Interventions, Psychosocial" OR	21	02/02/2024

	<p>“Interventions, Psychological” OR “Intervention, Psychosocial” OR “Psychosocial Interventions” OR “Psychological Interventions” OR “Psychological Intervention” OR “Intervention, Psychological” OR (psychotherap NEXT*) OR “psychoeducation” OR “coping skills” OR “brief motivational counselling” OR “sexual therapy” OR “anxiety managementtraining” OR “marital therapy” OR “group therapy” OR “cognitive therapy” OR (behavio therapy NEXT*) OR (focal therapy NEXT*) OR “general counselling” OR “psychodynamic therapy” OR “supportivetherapy” OR “psychoanalyses” OR “interpersonal therapy” OR “individual therapy” OR “couples therapy”</p>		
--	---	--	--

Busca na literatura cinzenta			
Fonte de informação	Estratégia utilizada	Resultado	Data da busca
BASE (Bielefeld Academic Serch Engine)	Breast neoplasms AND Psychosocial intervention	222 referências	01/02/2024
Google Scholar	"Breast neoplasms" AND "Psychosocial intervention"	150 referências	02/02/2024