

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MESTRADO ACADÊMICO

TALITA MAYARA ROSSI LEMOS

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS
À CIRURGIA CONSERVADORA E MASTECTOMIA**

Botucatu

2016

Talita Mayara Rossi Lemos

**Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia
conservadora e mastectomia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"- UNESP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Lemos, Talita Mayara Rossi.

Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia / Talita Mayara Rossi Lemos. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Capes: 40406008

1. Mamas - Câncer. 2. Mastectomia. 3. Mastectomia segmentar. 4. Qualidade de vida.

Palavras-chave: mastectomia; mastectomia segmentar; neoplasias da mama; qualidade de vida.

Talita Mayara Rossi Lemos

Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a).....
Universidade.....

Prof(a). Dr(a).....
Universidade.....

Prof(a). Dr(a).....
Universidade.....

Botucatu, _____ de _____ de _____.

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres com câncer de mama, em especial às que gentil e carinhosamente aceitaram participar desse estudo.

À minha família, em especial a minha mãe, tão querida e amada, que tanto me incentiva, e acredita em minha capacidade, meu porto seguro, referencial de caráter, bondade e compaixão com o próximo.

À minha querida amiga e eterna professora Carla, por toda confiança, apoio, incentivo, ajuda e, principalmente, por nunca, em hipótese alguma, deixar-me desanimar ou desistir.

À família Angella, por todo o carinho e incentivo, em especial a minha querida Denise e meu amado e único Raphael.

Sem vocês, nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao nosso senhor Jeová todo poderoso, que mesmo sem merecer, cuidou de mim pessoalmente e sempre esteve comigo em oração, dando-me força e coragem para seguir em frente, assim como seus anjos, que sempre estiveram ao meu lado, nos momentos mais difíceis.

A todas as mulheres com câncer de mama, que de uma maneira muito carinhosa e gentil aceitaram participar do presente estudo. Guardo todas em meu coração.

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira pela oportunidade, confiança e ensinamentos.

À minha querida amiga Carla, por toda paciência, ajuda, apoio e, acima de tudo, eterna gratidão, por sempre acreditar em mim, e por fazer-me acreditar em mim mesma, por nunca me deixar desistir e por estar comigo em todos os momentos.

Ao meu querido e amado irmão Marco, por toda ajuda e apoio.

À minha querida e amada mãe Cidinha, que tanto amo, por acalmar meu coração nos momentos mais difíceis, por meio de conselhos e abraços sempre tão carinhosos, pela paciência e amor incondicional que tem por mim e, por todos os esforços e sacrifícios que fez, que sem dúvidas, fizeram-me chegar até aqui.

Ao meu querido, amado e único Raphael, por nunca me deixar desistir ou desanimar, por sempre estar comigo nos bons e maus momentos, apoiando-me, e acreditando em minha capacidade. Você é a minha pessoa.

À minha querida e doce Denise por sempre orar por mim, acreditar e torcer para que tudo desse certo.

Aos meus colegas de trabalho por todo apoio.

À minha amiga de tantos anos Giovanna por sempre me apoiar e incentivar a seguir em frente.

À minha amiga Flávia por toda ajuda e apoio nos momentos mais difíceis.

Ao Centro de Informática Médica do Hospital das Clínicas de Botucatu, em especial ao Leandro De Santi por toda gentileza e auxílio na seleção das pacientes do presente estudo.

Aos funcionários do ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu, por todo auxílio durante a coleta dos dados.

À Eloisa Paschoalinotte e José Eduardo Corrente pela análise estatística dos resultados obtidos.

À biblioteca da Unesp de Botucatu, em especial a bibliotecária Rosemary Cristina da Silva pela correção das referências bibliográficas.

Às professoras Anita Guirelli e Carmem Lúcia Ebúrneo da Silva pela correção e revisão do estudo.

À professora Doutora Cristina Maria Garcia de Lima Parada por todas as sugestões e orientações valiosas na qualificação.

Às Professoras Doutoras Sandra Marisa Pelloso e Silmara Meneguim pelas colocações na banca de defesa.

A todos os professores do departamento de enfermagem pelas aulas ministradas e ensinamentos repassados, durante todo o mestrado.

A todos, meu carinho, amor, amizade e gratidão.

"Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar, porque descobri no caminho incerto da vida que o mais importante é o decidir ".

Cora Coralina

Resumo

LEMOS, T.M.R. **Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia.** 2016. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2016.

Estudo descritivo, correlacional, com abordagem quantitativa e delineamento transversal, cujo objetivo geral foi analisar a qualidade de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia. Os objetivos específicos, propuseram levantar as características sociodemográficas, clínicas, potenciais de adoecimento e fatores de proteção para o câncer de mama, em mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, comparar as médias dos escores dos questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C30 e BR-23, das pacientes do grupo da cirurgia conservadora e da mastectomia, e correlacionar as escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC em ambos os grupos, com a escala do estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu, parecer nº 607.171. A coleta dos dados ocorreu de maio de 2014 a maio de 2015, e a amostra total foi de 106 mulheres, sendo 66 submetidas à cirurgia conservadora, e 40 à mastectomia, acompanhadas pela equipe de mastologia do ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu. Para a captação dos dados foram utilizados: formulário destinado à caracterização da população, e questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23. Pôde-se verificar que na escala funcional dos questionários EORTC, as mulheres submetidas à cirurgia conservadora apresentaram, na maioria dos domínios, médias maiores que o grupo da mastectomia. Entretanto, apenas o domínio imagem corporal apresentou-se significativo. Na escala de sintomas de ambos os questionários, o grupo da cirurgia conservadora apresentou menores médias nos domínios: dor, dispneia, insônia, constipação, dificuldade financeira e sintomas do braço e da mama, enquanto o grupo da mastectomia apresentou menores médias, nos domínios: fadiga, náusea, vômito, perda de apetite, diarreia e eventos adversos da terapia sistêmica, sendo apenas os domínios vômito e insônia significativos. Na escala do estado global de saúde e qualidade de vida, a maior média foi apresentada no grupo das mulheres submetidas à mastectomia. Quanto à correlação dos domínios dos questionários EORTC, das pacientes submetidas à cirurgia conservadora com a escala do estado global de saúde e qualidade de vida, verificou-se que os domínios que apresentaram correlação significativa foram: função física, desempenho de papéis, função emocional, função social, fadiga, dor, insônia, perda de apetite, diarreia, dificuldade financeira, eventos adversos da terapia sistêmica e sintomas do braço. Já a correlação dos domínios de ambos os questionários, no grupo das pacientes submetidas à mastectomia, com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida, que apresentaram-se significativos foram: função emocional, insônia, dificuldade financeira e imagem corporal. Concluiu-se que, apesar do grupo da cirurgia conservadora ter apresentado médias superiores nos escores da maioria dos domínios de ambos os questionários EORTC, o grupo da mastectomia apresentou maior média na escala do estado global de saúde e qualidade de vida, demonstrando que as mulheres submetidas à mastectomia, apresentaram melhor qualidade de vida e de saúde global, após cirurgia, comparadas às submetidas à cirurgia conservadora.

Descritores: neoplasias da mama, mastectomia, mastectomia segmentar, qualidade de vida.

Abstract

LEMOS, T.M.R. Quality of life in women with breast cancer undergoing breast-conserving surgery and mastectomy. 2016. 101 p. Dissertation (Mester Degree) – Botucatu Medical School, Sao Paulo State University, Botucatu, 2016.

This is a correlational descriptive study with a quantitative approach and cross-sectional design whose main objective is to analyze the quality of life in women with breast cancer undergoing breast-conserving surgery and mastectomy. Among the specific objectives, it was intended to raise elements such as the sociodemographic and clinical characteristics, the potential illness, and the protective factors for breast cancer in women undergoing breast-conserving surgery and mastectomy; to compare the mean scores of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaires QLQ-C30 and BR-23 of patients who underwent breast-conserving surgery and mastectomy; and also to correlate the functional and symptom scales of the EORTC questionnaires in both groups with the global health and quality-of-life scale (QLQ-C30). The Research Ethics Committee of Botucatu Medical School approved to perform the research with verdict No. 607.171. The data collection period was from May 2014 to May 2015, and the total sample was of 106 women. From these patients, 66 underwent breast-conserving surgery and 40 underwent mastectomy, and they were followed up by the mastology team of the Gynecology Outpatient Service of Botucatu University Hospital. Among the main results, it was verified that, in the functional scale of the EORTC questionnaires, the patients who underwent breast-conserving surgery had averages higher than those of the mastectomy group in most domains. However, only the body image domain was significant. In the symptom scale of both questionnaires, the breast-conserving surgery group had lower averages in these domains: pain, dyspnea, insomnia, constipation, financial difficulties, and arm and breast symptoms. On the other hand, the mastectomy group had lower averages in these domains: fatigue, nausea, vomiting, loss of appetite, diarrhea, and side effects of systemic therapy. The only significant domains were vomiting and insomnia. Regarding the global health and quality-of-life scale, it was found that the highest average was shown in the group of patients who underwent mastectomy. As for the correlation between the domains of the EORTC questionnaires of patients undergoing conservative surgery with the global health and quality-of-life scale, it was found that the domains showing statistically significant correlations were: physical function, role playing, emotional function, social function, fatigue, pain, insomnia, loss of appetite, diarrhea, financial difficulties, adverse events of the systemic therapy, and arm symptoms. In the correlation of the domains of both questionnaires in the group of patients undergoing mastectomy with the global health and quality-of-life scale, the significant ones were emotional function, insomnia, financial difficulties, and body image. The conclusion was that, despite the fact that the breast-conserving surgery group presented higher averages in the scores of most domains of both EORTC questionnaires, the mastectomy group had a higher average on the global health and quality-of-life scale, which demonstrates that the patients who underwent mastectomy had better quality of life and global health after the surgery compared to those who underwent breast-conserving surgery.

Keywords: breast cancer, mastectomy, segmental mastectomy, quality of life.

Lista de tabelas

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.....	45
Tabela 2- Distribuição dos fatores de proteção e potenciais de adoecimento para o câncer de mama das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.....	47
Tabela 3- Distribuição das características clínicas e propostas terapêuticas das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.....	48
Tabela 4- Média e desvio padrão dos escores nos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23 das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.....	51
Tabela 5- Correlação entre os escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas do EORTC QLQ C-30 e BR-23 das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66), com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.....	53
Tabela 6- Correlação entre os escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas do EORTC QLQ C-30 e BR-23 das pacientes submetidas à mastectomia (n=40), com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.....	54

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Câncer de mama	14
1.1.1 Definição e etiologia	14
1.1.2 Potenciais de adoecimento, sintomas e fatores de proteção	15
1.1.3 Diagnóstico e suas implicações	17
1.1.4 História do tratamento cirúrgico, tratamentos disponíveis, e seus impactos	19
1.1.5 Atuação dos profissionais de saúde	24
1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde e ao câncer de mama	24
2. HIPÓTESE	29
3. OBJETIVOS	30
3.1 Geral	30
3.2 Específicos	30
4. MÉTODOS	31
4.1 Desenho do estudo	31
4.2 Cenário e participantes do estudo	31
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	33
4.4 Amostra do estudo	33
4.5 Instrumentos para coleta dos dados	35
4.6 Variáveis estudadas	37
4.6.1 Variáveis de caracterização	37
4.6.2 Variável independente	39
4.6.3 Variável dependente	39
4.6.4 Potenciais confundidores	39
4.6.5 Desfecho	39
4.7 Coleta dos dados	40
4.8 Análise dos dados	40
4.9 Considerações éticas	41
5. RESULTADOS	42
6. DISCUSSÃO	55
7. CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS	71
ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	82
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
APÊNDICE B- Formulário de caracterização da pesquisa	87
ANEXO 2- Questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23	90
ANEXO 3- Autorização dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23	95
ANEXO 4- Fórmulas para cálculos dos escores EORTC QLQ C-30 e BR-23	97
ANEXO 5- Interpretação dos escores do EORTC QLQ C-30 e BR-23	98

1. INTRODUÇÃO

O câncer, independente do tipo ou local atingido, é frequentemente associado à morte e sofrimento. O estigma da doença como “sentença de morte” é algo histórico, e mesmo quando frente a bons prognósticos, ainda continua associado, por muitos, à terminalidade⁽¹⁾.

Sua epidemiologia atual é de grande preocupação para os países desenvolvidos, e principalmente para os em desenvolvimento, devido ao elevado ônus social e institucional causado pela doença⁽²⁾.

A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que, até 2030, a incidência do câncer em todo o mundo aumentará de 11,3 milhões por ano, para 15,5 milhões, e o número de mortes também terá um crescimento de 45%, passando de 7,9 milhões, para 11,5 milhões por ano⁽³⁾.

Dentre os diversos tipos de cânceres existentes, o câncer de mama destaca-se, como o segundo tipo mais frequente no mundo, e o mais comum e temido pelas mulheres, por gerar forte impacto físico e psicológico, percepção negativa da sexualidade e autoimagem, comprometimento da autoestima e das relações sociais e profissionais⁽⁴⁻⁷⁾.

Por ano, dos novos casos de câncer que acometem o sexo feminino, 22%, são de mama. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%, além disso, houve um aumento de dez vezes nos índices de casos novos nas décadas de 60 e 70, e atualmente sua incidência continua crescente⁽⁴⁾.

No Brasil é o que mais acomete as mulheres. A estimativa no país, em 2013, era de 52.680 novos casos, cerca de 52 casos para cada 100 mil mulheres. No entanto, em 2014/2015, a estimativa aumentou para 57.120 novos casos, aproximadamente, 56.09 para cada 100 mil mulheres^(5,8,9).

Tais dados como o aumento gradativo de incidência, e elevados índices de mortalidade, permitem considerar que o câncer de mama é um importante problema de saúde pública, não só no Brasil, mas em diversas regiões do mundo⁽¹⁰⁾.

Dentre os tratamentos disponíveis para a doença, estão a quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e as cirurgias, sendo estas um dos métodos mais utilizados, quando o diagnóstico é tardio⁽¹¹⁾.

Devido aos possíveis riscos e por tratarem-se de métodos mais invasivos, os procedimentos cirúrgicos de maneira geral, são considerados, pela grande maioria dos indivíduos, geradores de sentimentos negativos, dentre eles, o medo e ansiedade. Ao receber a notícia sobre a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico como tratamento de sua doença, por mais que haja um bom prognóstico e indícios os quais levem o paciente a crer no sucesso de sua cirurgia, automaticamente, a priori, seus pensamentos concentram-se apenas nas implicações negativas, que este evento possa vir a proporcionar em sua vida⁽¹²⁾.

No câncer de mama, especificamente, outro agravante psicológico decorrente da cirurgia é ser realizada na mama, que além de desempenhar importante função anatomo-fisiológica, durante todos os estágios do desenvolvimento feminino (puberdade até fase adulta), é, também, considerada desde o início das civilizações, símbolo de feminilidade, identificação da mulher, sensualidade, sexualidade e maternidade, ao propiciar a prática da amamentação^(13,14). Além disto, os procedimentos cirúrgicos realizados na mama podem provocar alterações físico-funcionais, psicológicas e de imagem, interferindo negativamente na qualidade de vida das mulheres acometidas⁽¹⁵⁾.

O termo "qualidade de vida" é complexo e de difícil definição, pois se refere às diversas situações que impõem restrições e afetam os sentimentos, comportamentos e às condições de saúde de cada indivíduo, ou seja, cada um define, escolhe e interpreta a seu modo pessoal e único o que lhe proporciona uma boa qualidade de vida, ou o que diminui

essa qualidade⁽¹⁶⁾. Por isso, pode-se dizer que a qualidade de vida não só influencia, mas também é influenciada pelo *status* e condição geral de saúde de cada um, podendo ser considerada, deste modo, como uma relação de causa e efeito⁽¹⁷⁾.

Devido à alta incidência e prevalência do câncer mamário e, principalmente, o impacto causado pelo diagnóstico, tratamento e recuperação na vida das mulheres, profissionais de saúde e pesquisadores nacionais e internacionais têm dado ênfase aos estudos sobre avaliação e medida da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) no câncer de mama⁽¹⁸⁾. Sobre tais estudos, observa-se na literatura que se encontram mais relacionados com o impacto causado pelo diagnóstico da doença na qualidade de vida dessas mulheres⁽¹⁹⁻²²⁾.

Entretanto, acredita-se que esse impacto e alteração possam ocorrer não somente no momento do diagnóstico, mas também durante todo o processo de adoecimento, incluindo a fase de tratamento como, o cirúrgico, e sua recuperação (pós-cirurgia)^(23,24), o que justifica a importância de estudos e pesquisas que igualmente abordem a qualidade de vida relacionada aos tipos de modalidades cirúrgicas submetidas.

A seguir, com mais profundidade, apresentam-se a definição da doença, etiologia, potenciais de adoecimento, sintomas, fatores de proteção, diagnóstico e suas implicações, história do tratamento cirúrgico, tratamentos disponíveis e seus impactos, atuação dos profissionais de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde e ao câncer de mama.

1.1 Câncer de mama

1.1.1 Definição e etiologia

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de forma geral é definido como um grupo composto por mais de 100 doenças crônico-degenerativas, com a característica principal em comum de desenvolvimento e multiplicação celular desordenada, (rápida, agressiva e incontrolável), devido a uma mutação genética provocada por fatores

intrínsecos e extrínsecos, que invadem tecidos e órgãos, podendo da mesma forma, atingir outras estruturas vitais do corpo humano (metástases), culminando no acúmulo de células cancerosas (tumores) ou neoplasias malignas⁽²⁵⁾.

Quanto à etiologia do câncer de mama, sabe-se que não há uma única causa específica, mas sim uma combinação de fatores genéticos, meio ambiente, hábitos reprodutivos (hormonais) e de vida, que podem contribuir para o seu desenvolvimento. Entretanto, todos os tipos têm origem genética (mutação nas células). Sendo assim, acredita-se que cerca de 90%-95% seja não-familiar, ocorrendo esporadicamente, devido às mutações somáticas durante a vida, e cerca de 5%-10% seja susceptível, devido ao fator familiar (hereditariedade), por herança de uma mutação germinativa, desde o nascimento^(26,27).

1.1.2 Potenciais de adoecimento, sintomas e fatores de proteção

Os principais potenciais de adoecimento para o câncer de mama, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), envolvem aspectos genéticos, endócrinos, e idade. A respeito da idade, é relativamente mais raro antes dos 35 anos, e sua incidência tende a aumentar acima dessa faixa etária, principalmente após os 50 anos^(26,28).

Antecedentes pessoais do câncer também são potenciais importantes, uma vez que a mulher apresente histórico pessoal em uma das mamas, o risco de apresentá-lo novamente na mama homolateral é elevado, assim como, o histórico familiar, principalmente em parentes de primeiro grau com menos de 50 anos (mãe, tia, irmã), aumentam consideravelmente a possibilidade de desenvolvimento, devido à predisposição genética de determinados genes que sofreram mutações^(14,26).

Os aspectos endócrinos envolvem, mulheres com história de menarca precoce (inferior a 12 anos), menopausa tardia (após 50 anos), primeira gestação após os 30 anos, nuliparidade, terapia de reposição hormonal no período pós-menopausa (principalmente quando por mais de

cinco anos), além do uso de anticoncepcionais orais, que apesar de ainda em estudo estão associados com casos de câncer de mama, principalmente quando utilizados em dosagens elevadas de estrogênio, por longo período, com idade precoce ou anterior à primeira gestação^(26,29,30).

Outros potenciais de adoecimento citados são: exposição à agentes de radiações ionizantes (principalmente em idade inferior a 40 anos), etnia, (é mais comum em mulheres caucasianas do que em asiáticas, afro-americanas ou latinas), ingestão regular de bebida alcoólica, (seja de forma excessiva ou mesmo em quantidade moderada), sedentarismo, e obesidade (principalmente após a menopausa)^(10,26,29-32).

O tabagismo também tem sido estudado ao longo dos anos, no entanto, com resultados contraditórios. Dessa forma, atualmente é reconhecido pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) como agente carcinogênico com limitada evidência de aumento do risco para o desenvolvimento do câncer de mama⁽³³⁾.

Quanto aos principais sinais e sintomas do câncer mamário, a literatura relata: nódulos palpáveis em região axilar e/ou mamária, mamas doloridas, secreções no mamilo, alterações na pele (retrações, abaulamentos na região das mamas e/ou mamilos), ou ausência de sintomas⁽³⁴⁾.

Com referência ao controle do câncer de mama, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), baseia-se na adoção de medidas possíveis de proteção e, principalmente, de detecção precoce, por meio do autoexame das mamas e realização da mamografia^(28,35).

Sendo assim, o controle primário ocorre a partir de ações preventivas relacionadas aos potenciais de adoecimento reconhecidos e do autoexame das mamas, mensalmente. Sabe-se que os fatores genéticos e os relacionados ao ciclo reprodutivo (menarca, menopausa), não são, a princípio, possíveis de modificações, entretanto, os fatores que envolvem estilos de vida, tais como: obesidade, sedentarismo e consumo de bebida alcoólica, quando modificados

por meio da realização de atividades físicas regulares, alimentação adequada, e hábitos de vida saudáveis, podem reduzir cerca de até 28% o risco de desenvolvimento do câncer^(35,36).

Além disso, existem os métodos de rastreamento como, a mamografia, cujo principal objetivo, é detectar precocemente o câncer, mesmo em mulheres assintomáticas, por meio da identificação de lesões sugestivas (estágios iniciais), e encaminhamento o mais rápido possível aos serviços especializados, para melhor investigação e tratamento^(37,38).

Atualmente, no Brasil, a mamografia é viabilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sem necessidade de solicitação médica. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) deve ser realizada com o período máximo de dois anos entre os exames, em mulheres com idades compreendidas de 50 a 69 anos, e para àquelas com elevado risco de câncer de mama como, histórico pessoal e/ou familiar da doença, a rotina deve ser anual, e iniciar-se a partir dos 35 anos⁽³⁹⁾.

1.1.3 Diagnóstico e suas implicações

Apesar da existência de métodos disponíveis gratuitamente pela atenção em saúde no Brasil para rastreamento precoce do câncer mamário, cerca de 60% dos casos, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda são diagnosticados tardiamente, quando o câncer já apresenta estágios tumorais avançados (estadiamentos III e IV), resultando em tratamentos mais invasivos com consequente aumento substancial das taxas de morbidade⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Dessa forma, o diagnóstico precoce torna-se fundamental, por estar intimamente relacionado com um melhor prognóstico da doença, tratamentos mais conservadores, isto é, menos traumáticos e mutiladores, com redução dos efeitos colaterais e melhores possibilidades de cura e qualidade de vida⁽⁴³⁾.

Porém, na concepção de muitas mulheres, o momento da descoberta, mesmo que precocemente ainda, é considerado uma declaração de morte, devido aos elevados índices de morbimortalidade e tratamentos invasivos, associados e estigmatizados ao câncer mamário⁽⁴⁴⁾.

Após o diagnóstico diversos sentimentos podem ser desencadeados, como negação da doença, tristeza e raiva do diagnóstico, ansiedade e desespero pelo sucesso do tratamento, impotência em relação à dimensão e cura da doença, medo da morte e perda do ente querido⁽⁴⁵⁾. Nessa fase, observa-se que a preocupação inicial e principal da mulher acometida é com a sua sobrevivência, depois com as opções de tratamento e, posteriormente, com a nova rotina a ser estabelecida diante da sua condição de saúde e doença, ocasionando medo da vida futura e interferência no seu modo de vida atual, comportamentos, planos, relacionamentos com familiares, amizades, vida sexual e autoestima⁽⁴⁶⁻⁵¹⁾.

O abalo emocional devido à perspectiva de morte da paciente, pode também acometer sua família, afetando os envolvidos psicologicamente e socialmente. As filhas das mulheres com câncer de mama, por exemplo, ao mesmo tempo que enfrentam o impacto do diagnóstico, o medo profundo da morte da mãe, e todas as preocupações e ansiedades advindas dos tratamentos, como filhas, ainda sentem a necessidade de dar apoio, esperança, promover conforto e cuidados, e enfrentar lado a lado com a mãe todo o processo de adoecimento. Do mesmo modo os demais familiares, passam pela situação ambígua de despreparo, devido ao fator inesperado, sofrimento pelo diagnóstico, medo da morte, ansiedade e receio com as opções de tratamento e suas implicações e, ao mesmo tempo, há a necessidade de apoiar e estar junto à mãe, irmã, filha ou esposa acometida⁽⁵²⁻⁵⁷⁾.

Desse modo, torna-se importante que o câncer de mama seja abordado levando em consideração toda a sua amplitude e complexidade, incluindo a interferência na qualidade de vida, relações, e comportamentos, não só da mulher acometida mas também de seus familiares⁽⁵⁸⁾.

1.1.4 História do tratamento cirúrgico, tratamentos disponíveis e seus impactos

A história sobre o tratamento cirúrgico do câncer de mama é bem antiga. Há relatos em papiros no Egito, em aproximadamente 2500 a.C, descrevendo a doença como “uma mama com tumor protuberante e fria ao toque, para a qual não há tratamento”⁽⁵⁹⁾. Em 460 a.C, Hipócrates, um estudioso da época sobre o assunto, também considerou a doença como “sem cura e/ou tratamento”⁽⁶⁰⁾.

A primeira cirurgia como tratamento para o câncer de mama, de fato, só foi realizada em I d.C, pelo médico grego Leônidas. Entretanto, a respeito desta, ainda no mesmo século, foi considerada sem efeito/inútil, pelo enciclopedista romano Aurelius Cornelius Celsus, quando a doença já se encontrava em estágio avançado/ulcerativo^(59,60).

A esperança da intervenção cirúrgica como um método eficaz para tratamento do câncer de mama surgiu no século II, por Galeno, considerado maior médico grego (depois de Hipócrates). Galeno afirmou que por meio da cirurgia era possível a cura do câncer, mas também com a ressalva, de que o tumor estivesse localizado superficialmente e todas as suas raízes fossem extirpadas^(59,60).

A partir do século XVIII novas técnicas cirúrgicas foram surgindo como, por exemplo, a criação de instrumentos cirúrgicos específicos para a cirurgia da mama e a técnica da ligadura de vasos sanguíneos^(59,60).

A anatomia patológica do câncer de mama, obteve um avanço substancial quando o tumor foi observado pela primeira vez no microscópio, possibilitando que muitos dos conhecimentos anatômicos, ainda desconhecidos na época, fossem mais precisos, propiciando publicações de estudos pioneiros, bem como, o aperfeiçoamento dos procedimentos cirúrgicos já utilizados. Todavia, mesmo com os avanços, até o final do século XIX, o tratamento cirúrgico utilizado não estava reduzindo as altas taxas de mortalidade causadas pelo câncer^(59,60).

Em 1894 o médico cirurgião William Halsted publicou um trabalho propondo a “Masctectomia Radical”, uma técnica cirúrgica desenvolvida por ele, para tratamento do câncer, que consistia na retirada do tumor, por meio da remoção total da mama, incluindo os músculos peitorais maior e menor e gânglios axilares. Com essa técnica a taxa de sobrevida das mulheres aumentou significativamente, passando de apenas 4% (após três anos de cirurgia), para 46,5%, entretanto, apesar de ter sido utilizada por muitos anos (mais de meio século), por ser considerada mutilante, iniciaram-se, com o tempo, novos estudos e tentativas de técnicas menos invasivas⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾.

Em 1948, como técnica alternativa, foi proposta a “Mastectomia Radical Modificada”, removendo o músculo peitoral menor e preservando o maior^(59,60) e, em 1965, Madden propôs a preservação do músculo peitoral menor, com remoção apenas se invadido pelo tumor^(62,63).

No entanto, em 1981, uma pesquisa realizada pelo médico Umberto Veronesi marcou definitivamente a história da cirurgia como tratamento para o câncer de mama, quando uma nova técnica, ainda menos invasiva, foi proposta: a “Cirurgia Conservadora”, que consistia na preservação da mama, ou seja, a mama não seria mais removida totalmente conforme os procedimentos utilizados anteriormente, ocorreria apenas a ressecção de um quadrante mamário (Quadrantectomia), com dissecação dos linfonodos axilares, e radioterapia⁽⁶¹⁾.

O estudo foi realizado em 701 mulheres com tumores medindo menos de dois centímetros de diâmetro e sem linfonodos axilares palpáveis. Destas, 352 foram submetidas à técnica cirúrgica de Quadrantectomia (cirurgia conservadora), com remoção dos gânglios axilares e músculo peitoral menor, seguido por radioterapia com início 15-20 dias após a cirurgia e duração de seis semanas, e as demais foram submetidas à Mastectomia Radical⁽⁶¹⁾.

Dentre os resultados obtidos, observou-se que em relação à cura e sobrevida total, não houve diferenças entre os dois grupos de mulheres, após sete anos de acompanhamento. Sendo assim, concluiu-se que as pacientes com câncer de mama em estágio inicial (tumores

com menos de dois centímetros de diâmetro), submetidas à Quadrantectomia com esvaziamento axilar e radioterapia, teriam a mesma taxa de sobrevida e a mesma incidência de recorrência loco-regional da doença, se comparadas àquelas submetidas à mastectomia, desta forma, a Mastectomia Radical, utilizada nesses casos, seria uma mutilação desnecessária⁽⁶¹⁾.

Atualmente, depois de anos de pesquisas e estudos, existem várias opções de tratamentos para o câncer de mama, desde cirurgias, radioterapia para tratamento loco regional, quimioterapia e hormonioterapia para tratamentos sistêmicos^(11,64). Entre as modalidades cirúrgicas, encontram-se as cirurgias conservadoras e as não conservadoras (mastectomia), indicadas de acordo com o estágio clínico e o tipo histológico da doença⁽¹¹⁾.

O estadiamento do câncer de mama é determinado pela Classificação TNM (Tumor, Nódulo e Metástase), proposto pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), e é utilizado apenas no que diz respeito aos carcinomas, sendo necessária a confirmação do tipo histológico que segue a terminologia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, a Classificação TNM é responsável por definir as características do tumor primário, considerando tamanho do tumor (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática observando o comprometimento nodal (N) e a presença ou ausência de metástases (M)⁽³⁹⁾.

Quanto à modalidade cirúrgica Mastectomia, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), é caracterizada como uma cirurgia que remove parcialmente ou totalmente a(s) mama(s), podendo ou não ocorrer o esvaziamento axilar, sendo quase sempre a primeira opção, quando o câncer apresenta estágio avançado⁽⁶⁵⁾.

Existem diversas técnicas e modalidades da mastectomia, dentre elas: a Mastectomia simples ou total, que consiste na retirada da(s) mama(s) juntamente com a pele e o complexo aréolo-papilar; a Mastectomia radical modificada, onde preserva-se um ou dois músculos peitorais, com esvaziamento axilar; a Mastectomia radical na qual ocorre a retirada dos

músculos peitorais, acompanhada de esvaziamento axilar; a Mastectomia com reconstrução imediata e a Mastectomia poupadora de pele⁽³⁹⁾.

A cirurgia conservadora, por sua vez, é indicada para o câncer em estágios iniciais e consiste na remoção do tumor com uma margem de segurança, acompanhada de esvaziamento axilar e realização de radioterapia, enquanto tratamento complementar para evitar a recorrência da doença^(66,67). Recomenda-se às pacientes submetidas à cirurgia conservadora, realizarem exame clínico trimestral nos dois primeiros anos após cirurgia, e semestral entre o terceiro e quinto ano de seguimento, assim como, realizarem a mamografia controle seis meses após cirurgia e, anualmente, por toda a vida⁽⁶⁷⁾.

Dentre suas modalidades existem a Quadrantectomia e/ou Setorectomia que se resume na retirada de um quadrante ou segmento da glândula mamária, no qual está localizado o tumor maligno, com margens de segurança ao redor de tecido normal entre dois e dois centímetros e meio, e a Tumorectomia ou Lumpectomia, em que ocorre a remoção do tumor com margens de tecido circunjacente histologicamente negativas de um centímetro, sendo este procedimento indicado para tumores menores, de até um centímetro e meio de diâmetro^(68,69).

Em relação às complicações físicas mais comuns decorrentes dos tratamentos cirúrgicos estão a perda ou redução da capacidade funcional de movimento e amplitude articular do membro homolateral à cirurgia, diminuição de força muscular, alterações de sensibilidade e postura, comprometimento da capacidade respiratória, hemorragias, complicações cicatriciais, fibrose áxilo-peitoral, lesões musculares e de nervos do plexo braquial, infecções, necrose cutânea, dores e, a principal complicação, que é o linfedema^(70,71).

O linfedema do membro homolateral à mama operada é uma patologia crônica e consiste no aumento e acúmulo de linfa, devido à destruição dos canais de drenagem axilar,

que ocorre pela radioterapia, progressão do câncer, ou cirurgia, ocasionando não só alterações físicas, mas, principalmente, funcionais⁽⁷⁰⁾.

A síndrome dolorosa pós-mastectomia (SDPM), segundo a *International Association for Study of Pain* (IASP), também é uma possível complicação importante, caracterizada como uma dor crônica que pode-se localizar na face anterior do tórax, axila e/ou metade superior do membro homolateral, com início após a mastectomia ou quadrantectomia e persistência por um período superior a três meses. Quanto a sua etiologia, pode ser resultante da lesão de músculos, ligamentos, nervos ou disfunção do sistema nervoso, afetando e prejudicando a realização das atividades diárias executadas anteriormente pelas pacientes⁽⁷²⁾.

Além disso, após a cirurgia, a paciente depara-se com uma nova imagem corporal, com alterações físicas, anatômicas e funcionais, o que pode ocasionar sentimentos e reações como recusa em se olhar no espelho ou ir à reabilitação, negação sobre suas limitações ou deformidades corporais, raiva, desespero, choro, baixa autoestima, sensação de não ser mais atraente fisicamente e sexualmente, depressão, comportamentos hostis ou destrutivos (uso de bebidas alcoólicas, drogas) e isolamento social⁽⁷³⁻⁷⁵⁾.

Referente aos tratamentos sistêmicos para o câncer mamário existem a quimioterapia e a hormonioterapia, que “atacam” as células microscópicas, diminuindo as chances de recidivas e metástases e aumentando a sobrevida das pacientes em cerca de até 30%^(70,76). Contudo, apesar de altamente eficazes, os medicamentos quimioterápicos e antineoplásicos atuam de maneira inespecífica, isto é, afetam as células de todo o organismo, tanto malignas quanto benignas. Dessa forma, uma linha muito tênue separa o sucesso do tratamento de uma possível toxicidade⁽⁷⁷⁾.

Ainda, os tratamentos sistêmicos e loco-regionais, estão sujeitos a afetarem fisicamente e emocionalmente as mulheres, por provocarem vários efeitos adversos/colaterais como mal-estar, náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, diarreia, anorexia, anemia, desconforto,

dor abdominal, diminuição do desejo sexual e lubrificação vaginal, dispareunia, e menopausa induzida^(48,76,78), demonstrando que ambos os tratamentos, cirúrgicos ou não, podem interferir direta e negativamente na qualidade de vida das mulheres com câncer mamário^(15,49).

1.1.5 Atuação dos profissionais de saúde

Considerando o impacto e as implicações ocasionadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama, torna-se importante que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, dediquem-se na realização de ações e práticas educativas para detecção precoce da doença, devido a sua gravidade e elevados índices de mortalidade acentuados pelo diagnóstico tardio⁽⁴⁷⁾.

Em relação à prestação de cuidados à mulher com câncer mamário é importante que o profissional esteja preparado, inclusive emocionalmente, para o atendimento oncológico, pois este poderá incluir momentos difíceis, impactantes, de sofrimento e angústia, que também podem afetá-lo⁽⁷⁹⁾.

Ainda, devido à associação do câncer com sofrimento e morte, além do conhecimento teórico-prático, faz-se necessário valorizar e perceber a problemática enfrentada pela paciente e família, identificando quais são as suas concepções e crenças, fornecendo apoio e atendimento integral, por meio da comunicação, vínculo terapêutico e elaboração de estratégias de interpretação que minimizem as possíveis dificuldades encontradas durante todo o processo de adoecimento⁽⁸⁰⁻⁸²⁾.

1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde e ao câncer de mama

O termo "qualidade de vida" é reconhecido como indicador de eficiência, eficácia e de impactos decorrentes em intervenções à saúde, seja devido à prevenção ou tratamento de

alguma doença, como por exemplo, tratamentos cirúrgicos para cada indivíduo ou a nível populacional⁽⁸³⁾.

Além disso, é frequentemente definida como um constructo multidimensional, com significados diferenciados que dependem de diversos contextos da vida de cada indivíduo. Entre as dimensões que lhe conferem significados estão a satisfação individual, estado emocional, interação social e a manutenção da capacidade funcional⁽⁸³⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida envolve a percepção de cada indivíduo sobre seu sistema de valores, contexto de cultura nos quais vive, e sua posição na vida, em relação as suas expectativas e objetivos⁽⁸⁴⁾.

Dessa forma, quando se trata de uma avaliação da qualidade de vida, a subjetividade e a multidimensionalidade devem ser consideradas, pois são fundamentais. A subjetividade decorre da percepção do indivíduo, e não de um observador externo, sobre a sua saúde e de aspectos (não médicos) relacionados ao seu contexto de vida. E a multidimensionalidade, por sua vez, trata do reconhecimento dos múltiplos fatores envolvidos na qualidade de vida de cada um⁽⁸³⁾.

Nesse contexto, considera-se “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (QVRS) como um estado subjetivo de saúde, pois é centrada na visão e avaliação subjetiva do paciente, sobre o impacto do seu estado de saúde em sua capacidade de viver plenamente⁽⁸⁵⁾.

Atualmente os questionários que avaliam a qualidade de vida são uma boa maneira de mensuração de problemas e de auxílio para os profissionais de saúde reconhecerem as necessidades funcionais, psicológicas e sociais dos pacientes. Entre seus principais objetivos, estão a avaliação do paciente e do seu prognóstico, impacto dos tratamentos utilizados, comparação entre as modalidades de tratamentos e distinção de pacientes ou grupos^(86,87).

Segundo a literatura, os questionários mais comumente utilizados para avaliar a qualidade de vida em geral são: o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Healthy*

Survey (SF-36) e seus derivados SF-12 e SF-6D, e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100). No entanto, para a avaliação específica da qualidade de vida em pacientes oncológicos, destacam-se: o *Functional Assessment of Cancer Therapy* (FACT), e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC) QLQ-C30, e BR-23, específico para o câncer de mama, e escolhido para avaliação das pacientes do presente estudo^(24,88).

Dentre as diversas áreas de estudo em saúde, a oncologia, é uma das que mais tem avaliado a qualidade de vida dos pacientes, uma vez que os tratamentos utilizados, muitas vezes invasivos e agressivos, como no câncer de mama, aumentam a sobrevida, mas nem sempre garantem uma vida saudável e de qualidade, isto é, mesmo acrescentando “anos à vida”, nem sempre acrescentam “vida aos anos”^(15,89). Frente a esta informação, pesquisadores nacionais e internacionais têm realizado estudos e pesquisas sobre a qualidade de vida relacionada ao câncer de mama.

Os autores Menezes et al.⁽²¹⁾, por exemplo, realizaram um estudo com objetivo de analisar o impacto psicológico decorrente do diagnóstico do câncer de mama a partir dos relatos de mulheres acometidas pela doença, durante sessões de um grupo de apoio, e dentre os resultados principais puderam verificar que o diagnóstico da doença causou, entre a maioria das participantes, um impacto psicológico importante, uma vez que desencadeou experiências de surpresa e tensão.

Os autores Araújo e Fernandes⁽⁹⁰⁾, buscaram compreender o significado da descoberta do câncer de mama para a mulher acometida e identificaram, que o diagnóstico levou a sentimentos de medo da morte e da doença ser irremediável. No estudo de Caetano et al.⁽⁹¹⁾, por sua vez, o resultado evidenciado foi que o diagnóstico da doença despertou sentimentos de desespero e angústia.

Ainda, Ramos et al.⁽²²⁾, com o objetivo de identificar os sentimentos vivenciados por mulheres com câncer mamário, no processo de adoecimento e as possíveis mudanças decorrentes dessa nova realidade, observaram que o câncer surgiu como um significado de ameaça à vida e à integridade física e emocional das mulheres que experimentaram diversas situações, desde a incerteza antes do diagnóstico, até a nova realidade após o tratamento, despertando sentimentos como raiva, insegurança, culpa, medo da morte e da doença ser irremediável.

Desse modo, pode-se observar que o diagnóstico do câncer mamário, enfatizado na literatura, afeta direta e negativamente a qualidade de vida das mulheres, entretanto, acredita-se que não só o momento do diagnóstico, mas também as opções de tratamento podem interferir em diversos domínios da qualidade de vida da mulher acometida, tanto no âmbito psicológico como no social, sexual e físico⁽⁹²⁾.

Possíveis complicações e sequelas decorrentes dos tratamentos cirúrgicos, por exemplo, podem fazer com que as mulheres deixem de realizar suas atividades diárias, cuidados pessoais e voltados à família, serviços domésticos e empregos, o que pode levar a sentimentos de fracasso e incompetência, afetar seu desempenho de papel e função física e consequentemente, refletir negativamente em sua qualidade de vida, após cirurgia⁽⁹²⁾.

No estudo realizado pelos autores Simeão et al.⁽²³⁾, por exemplo, que investigou e comparou a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama submetidas a diferentes cirurgias, foi possível verificar as diferenças entre a qualidade de vida das mulheres segundo o tipo de cirurgia submetida, e as dificuldades nas dimensões analisadas que a modalidade cirúrgica ocasionou a estas mulheres.

Ainda, os impactos e alterações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos na qualidade de vida das mulheres com câncer mamário, também foram analisadas no estudo de Eberhardt⁽²⁴⁾, onde foi possível verificar mediante os resultados apresentados, as áreas que

ofereciam maior impacto a estas mulheres segundo a modalidade cirúrgica, e com isso auxiliar os serviços de saúde à direcionar para estas áreas, intervenções efetivas e eficazes para proporcionar uma melhor qualidade de vida durante todo o período de tratamento por câncer de mama, incluindo os cirúrgicos, e sua recuperação.

Partindo desse pressuposto, justifica-se importante o presente estudo, que pretende abordar a qualidade de vida em mulheres com câncer mamário, submetidas à cirurgia conservadora (menos invasiva) e mastectomia (mais invasiva), buscando reconhecer as possíveis diferenças desses grupos, problemas de ordem física, funcional, emocional, interferências na readaptação e recuperação das atividades diárias e sociais, bem como, dados e informações para elaboração de melhores propostas terapêuticas e de cuidados prestados pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, considerando que durante a revisão de literatura não foram encontrados estudos que abordassem a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas a tratamentos cirúrgicos, atendidas no Hospital das Clínicas de Botucatu, foi possível elaborar o seguinte questionamento: *“Qual a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, acompanhadas pela equipe de mastologia, no ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu?”*

2. HIPÓTESE

Mulheres submetidas à cirurgia conservadora por câncer de mama são mais prováveis de apresentarem melhor qualidade de vida e saúde após cirurgia, quando comparadas àquelas submetidas à mastectomia.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a qualidade de vida em mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia.

3.2 Específicos

Levantar as características sociodemográficas, clínicas, potenciais de adoecimento e fatores de proteção para o câncer de mama, em mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia.

Comparar as médias dos escores dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23 das mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia.

Correlacionar as escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, das pacientes submetidas à cirurgia conservadora, com a escala do estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30).

Correlacionar as escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, das pacientes submetidas à mastectomia com, a escala do estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30).

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, com abordagem quantitativa e delineamento transversal.

Os estudos descritivos objetivam identificar as características de uma população, ou fenômenos específicos, aspectos do comportamento humano e as relações sociais e econômicas existentes no indivíduo, grupo ou comunidade em pesquisa⁽⁹³⁾.

Os estudos correlacionais investigam as relações e associações entre as variáveis e são utilizados para examinar se mudanças de uma ou mais variáveis relacionam-se com mudanças de outra (s) variável (eis). Dessa forma, estudos correlacionais-descritivos descrevem variáveis e as relações que podem ocorrer entre elas⁽⁹⁴⁾.

A abordagem quantitativa significa quantificar dados e informações, por meio da estatística, transformando-os em números, para que possam ser analisados e classificados⁽⁹⁵⁾.

Nos estudos transversais todas as medições são feitas em um único momento, não existindo período de seguimento dos indivíduos, isto é, produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou grupo/comunidade, com base na avaliação individual, além de determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado⁽⁹⁶⁾. Além disso, os estudos transversais consistem, em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características de uma população, identificação de grupos de risco e para ações de planejamentos em saúde⁽⁹⁷⁾.

4.2 Cenário e participantes do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, especificamente no ambulatório de Ginecologia do mesmo. Os sujeitos foram

mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia por câncer de mama, encaminhadas para acompanhamento com a equipe de mastologia do ambulatório. A seleção deste local ocorreu pelo grande número de mulheres com câncer mamário, submetidas a tratamentos cirúrgicos, que a especialidade de mastologia atende, sendo aproximadamente 25 a 35 mulheres, por semana.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu é a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região (serviço de referência do Departamento Regional de Saúde - DRS VI), e encontra-se em constante ampliação. Possui área de 70 mil metros quadrados e disponibiliza à população avançado centro de diagnóstico por imagem, aparelhos de ressonância magnética, exames de análises clínicas, registros gráficos, radiologia digital, tomografia, ultrassom e um moderno centro cirúrgico com 13 salas em funcionamento, além de serviços referentes à quimioterapia, radioterapia, endoscopia, hemocentro, partos de risco, medicina nuclear, e hemodiálise⁽⁹⁸⁾.

Estima-se que a abrangência populacional de atendimento do hospital, seja de dois milhões de pessoas, vindas de 75 municípios (apesar da DRS VI abranger 68 municípios). Em números absolutos, até outubro de 2012, foram realizadas 418.037 consultas médicas, 11.891 cirurgias, 13.514 sessões de quimioterapia e 23.436 procedimentos de radioterapia⁽⁹⁸⁾.

Sendo assim, acredita-se que foi possível obter uma boa representatividade da população, no local do estudo, por abranger grande número de municípios, com indivíduos de contextos socioculturais diferentes e variáveis socioeconômicas diversificadas. Ainda, havia vínculo (mestrado acadêmico) entre a pesquisadora e a instituição, o que proporcionou maior envolvimento com a proposta da pesquisa.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão adotados foram: mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, com mínimo de um ano e máximo de dois anos e cinco meses de cirurgia, acompanhadas pela equipe de mastologia do ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu.

O período mínimo de um ano após cirurgia foi estabelecido para evitar que as pacientes estivessem em quimioterapia e/ou radioterapia, no momento da coleta dos dados, evitando o viés que poderia ocorrer nas respostas das escalas funcionais e de sintomas dos questionários de qualidade de vida EORTC, devido aos possíveis efeitos adversos dos tratamentos adjuvantes.

Quanto ao período máximo de dois anos e cinco meses após cirurgia, foi determinado a fim de obter uma amostra satisfatória e suficiente para analisar e correlacionar a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, pois com um período inferior à este, não seria possível atingir a amostra mínima calculada para o presente estudo, considerando as possíveis perdas e recusas em participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão adotados foram: mulheres que apresentassem déficits cognitivos os quais poderiam impedir o entendimento do estudo, problemas ou históricos de alterações ortopédicas importantes no membro homolateral anteriores à cirurgia, deficiência visual, doenças psicossomáticas, metástase, doença ativa no momento da coleta e todos os aspectos que não contemplassem os critérios de inclusão.

4.4 Amostra do estudo

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (em abril de 2014), foi solicitado ao Centro de Informática Médica do

Hospital das Clínicas de Botucatu (CIMED), uma lista com todas as pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, acompanhadas pela equipe de mastologia no ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu, no período de maio de 2014 a maio de 2015 (período da coleta), contendo: nome completo, número do registro/prontuário, data da cirurgia, tipo de cirurgia realizada, e data dos agendamentos das consultas de cada paciente no ambulatório.

Concomitante à solicitação ao CIMED, foi solicitado à diretoria do Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas (DGAA), uma senha para a pesquisadora ter acesso aos prontuários eletrônicos e realizar a seleção da amostra, segundo os critérios de inclusão/exclusão, bem como, levantar/confirmar possíveis dados sociodemográficos, clínicos e de tratamento das pacientes selecionadas, caso necessário.

Após o fornecimento da lista das pacientes, constatou-se que o número total de mulheres agendadas para consultas no ambulatório, no período da coleta dos dados, era de 228. Ao selecionar a amostra seguindo primeiramente o critério de tempo após cirurgia, inicialmente proposto pela pesquisadora, de no mínimo um ano e no máximo de dois anos após cirurgia, verificou-se que o total das pacientes que se enquadravam era inferior à 100.

Em seguida, realizou-se o cálculo da amostra pelo estatístico, que considerou a prevalência de qualidade de vida em mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia como 50% (desconhecida), com uma margem de erro de 10% e uma confiabilidade de 95%, sendo assim, o tamanho amostral mínimo deveria ser composto por 96 pacientes.

No entanto, a fim de atingir a amostra mínima para a pesquisa, e levando em consideração a possibilidade de perdas ou recusas, após discussão com estatístico, optou-se por redefinir o tempo máximo após cirurgia, prorrogando-o para dois anos e cinco meses, justamente para garantir que a amostra mínima fosse atingida, com um número suficiente e

satisfatório de mulheres para poder analisar e correlacionar a qualidade de vida das mesmas, segundo o tipo de cirurgia submetida.

Redefinido o critério de inclusão de tempo máximo após cirurgia, e considerando os demais critérios, o número total de pacientes agendadas no período da coleta, passou a ser 154 mulheres (79 submetidas à mastectomia e 75 à cirurgia conservadora), e apesar da amostra mínima estabelecida ter sido de 96 pacientes, por não ocorrer nenhuma recusa em participar da pesquisa, apenas faltas nas consultas agendadas no ambulatório, foi possível ultrapassá-la e coletar os dados de 106 mulheres (66 submetidas à cirurgia conservadora e 40 à mastectomia).

4.5 Instrumentos para coleta dos dados

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Formulário para caracterização da população elaborado pela pesquisadora (Apêndice B), que abordou características sociodemográficas, potenciais de adoecimento, fatores de proteção, características clínicas e propostas terapêuticas, e os Questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C-30) (Anexo 2), e QLQ BR-23 (Anexo 3), traduzidos e validados para o português falado no Brasil⁽⁹⁹⁾. Os autores dos questionários EORTC aprovaram sua utilização nesta pesquisa, (Anexo 4).

O modelo de Qualidade de vida (QV) da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) é multidimensional e autoadministrável, e inclui sintomas específicos do câncer como sofrimento psicológico, efeitos colaterais do tratamento, funcionamento físico, imagem corporal, interação social, sexualidade, saúde global e satisfação com o cuidado médico. Atualmente essas características têm conferido ao modelo QV da EORTC a indicação de melhor medida de Qualidade de Vida para pacientes com câncer^(100,101).

A versão 3.0 do QLQ C-30 é destinada para avaliação da qualidade de vida para o câncer de forma geral e possui 30 itens englobados em 16 domínios que formam três escalas: Escala de Estado de Saúde Global e Qualidade de Vida contendo um domínio, dois itens/questões; Escala Funcional com cinco domínios, 15 itens/questões; e Escala de Sintomas com dez domínios, 13 itens/questões. As questões de um a 28 são colocadas em escala do tipo *Likert* de quatro pontos, onde as respostas seguem o seguinte padrão: não (valor do escore =1), um pouco (valor do escore =2), moderadamente (valor do escore =3), e muito (valor do escore =4). As questões 29 e 30 são apresentadas em escala do tipo *Likert* de sete pontos, onde um corresponde a péssimo e sete corresponde a ótimo^(100,101).

O módulo QLQ BR-23 trata-se de um questionário específico para avaliação da qualidade de vida, baseado nos sintomas do câncer de mama e contém 23 questões, também apresentadas em escala do tipo *Likert* de quatro pontos, divididas em dois grupos: Escala Funcional que inclui quatro domínios, oito itens/questões, e Escala de Sintomas que inclui quatro domínios, 15 itens/questões⁽¹⁰¹⁾.

O questionário QLQ C-30, apresenta módulos que não são abordados ou explorados suficientemente no questionário central QLQ BR-23, mas que são relevantes para a avaliação da qualidade de vida de um grupo específico, como no caso do presente estudo, por isso optou-se em utilizar os dois em conjunto⁽¹⁰⁰⁾.

Quanto ao cálculo dos escores referentes aos questionários, conforme orientação do grupo responsável pela sua formulação (EORTC QLQ-C30 *Scoring Manual*)⁽¹⁰²⁾ deve ocorrer da seguinte forma:

Primeiramente, para o cálculo dos escores do EORTC QLQ C-30, é necessário seguir a divisão feita em três escalas⁽¹⁰³⁾:

1-Escala de Saúde Global (ESG): aspectos da saúde e da qualidade de vida, referentes às questões 29 e 30.

2-Escala Funcional (EF): aspectos físico, emocional, cognitivo, funcional e social, abordados nas questões de 1 a 7 e 20 a 27.

3-Escala de Sintomas (ES): dor, fadiga, insônia, enjoo e outros sintomas, descritos nas questões de 8 a 19 e 28.

O questionário EORTC QLQ BR-23, por sua vez, fornece dois tipos de escalas⁽¹⁰³⁾:

1-Escala Funcional (EF): aborda aspectos sobre a sexualidade e imagem corporal, refere-se às questões: 39 a 43, e às questões com pontuação da escala de *likert* reversa: 44, 45 e 46, ou seja, nestas questões as respostas devem ser recodificadas no sentido reverso (1=4), (2=3), (3=2), (4=1).

2-Escala de Sintomas (ES): sintomas na mama, braço e efeitos do tratamento, abordados nas questões: 31 a 38 e 47 a 53.

Após a divisão das escalas em cada um dos questionários, deve-se calcular os escores separadamente, seguindo as fórmulas da organização que detém os direitos autorais (Anexo 4)⁽¹⁰³⁾.

Todos os escores tanto do EORTC QLQ C-30 como do BR-23 variam de zero a 100, sendo que na escala de saúde global e qualidade de vida (QLQ C-30) e nas escalas funcionais (QLQ C-30 e BR-23), quanto maior a pontuação, isto é, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida. Nas escalas de sintomas, de ambos os questionários, quanto maior a pontuação, maior a quantidade de sintomas, portanto, nesta escala quanto mais próximo de zero, melhor a qualidade de vida (Anexo 5)^(103,104).

4.6 Variáveis estudadas

4.6.1 Variáveis de caracterização

-Procedência,

-Idade atual,

- Idade no diagnóstico,
- Cor da pele (autorreferida),
- Escolaridade (ensino fundamental/ ensino médio/ ensino superior),
- Religião (Não/Sim),
- Possuir companheiro (Não/Sim),
- Trabalhar antes da cirurgia (Não/Sim),
- Trabalhar após cirurgia (Não/Sim),
- Renda (sem renda/ 1 a 2 salários mínimos/ mais de 2 salários mínimos),
- Moradia (própria/não própria),
- Idade na menarca
- Filhos (Não/Sim),
- Idade na primeira gestação
- Aleitamento materno (Não/Sim),
- Anticoncepcional (Não/Sim),
- Menopausada (Não/Sim),
- Tabagismo (Não/Sim),
- Etilismo (Não/Sim),
- Comorbidades além do câncer de mama (Não/Sim),
- Atividade física antes do diagnóstico (Não/Sim),
- Histórico familiar (Não/Sim),
- Realização de mamografia antes do diagnóstico (Não/Sim),
- Sintomas na mama (Não/Sim),
- Mama operada (direita/esquerda/bilateral),
- Tempo de cirurgia,
- Esvaziamento axilar (Não/Sim),

- Linfedema (Não/Sim),
- Prótese (Não/Sim),
- Realização de quimioterapia (Não/Sim),
- Realização de radioterapia (Não/Sim),
- Hormonioterapia (Não/Sim),
- Fisioterapia após cirurgia (Não/Sim),
- Psicólogo após cirurgia (Não/Sim).

4.6.2 Variável independente

- Tipo de cirurgia (mastectomia/cirurgia conservadora)

4.6.3 Variável Dependente

- Escala do estado global de saúde e qualidade de vida (EORTC QLQ C-30)

4.6.4 Potenciais confundidores

Idade atual, idade no diagnóstico, escolaridade, religião, trabalhar após cirurgia, renda, moradia, possuir companheiro, comorbidades além do câncer de mama, tempo de cirurgia, câncer de mama bilateral, prótese, esvaziamento axilar, linfedema, realização de quimioterapia e radioterapia, hormonioterapia, fisioterapia e psicólogo após cirurgia.

4.6.5 Desfecho

- Escore de Qualidade de Vida (QV)

4.7 Coleta dos dados

A coleta dos dados iniciou-se em 30 de maio de 2014 e ocorreu por um período de um ano, às sextas-feiras, dia destinado ao atendimento da equipe de mastologia no ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu.

Todas as pacientes selecionadas, que respeitavam os critérios de inclusão e que compareceram às consultas agendadas foram convidadas pessoalmente para participar da pesquisa, em salas disponíveis, pela ordem decrescente de idade, assim como ocorre no ambulatório, para não prejudicar a rotina do mesmo e evitar que no momento da coleta também fossem chamadas para as consultas.

Todas as mulheres foram esclarecidas quanto às características do estudo, objetivos, métodos para a coleta dos dados (instrumentos), sigilo de suas identidades, e possibilidade de recusarem ou interromperem a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no atendimento do serviço.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido por todas e somente após o consentimento e assinatura iniciou-se a coleta, primeiramente por meio da aplicação do formulário de caracterização e em seguida, pelos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23.

4.8 Análise dos dados

Os dados obtidos pelo formulário de caracterização e pelos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23 foram inicialmente agrupados e ordenados pela pesquisadora, em planilhas do *Excel* 2007, do *Microsoft Office Enterprise* 2007 e encaminhados a seguir ao estatístico.

A análise estatística foi realizada a partir do programa *SAS for Windows*, versão 9.2.

A caracterização da amostra baseou-se na estatística descritiva (média, desvio padrão, frequência e porcentagem), e os escores nos domínios das escalas dos questionários EORTC

QLQ C-30 e BR-23, em média e desvio padrão estratificado pelos grupos. A comparação das médias dos escores entre os grupos foi realizada por meio do teste *t-student* e para a correlação entre os domínios dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, em cada grupo das mulheres, com a escala de saúde global e qualidade de vida (QLQ C-30), foi utilizada a Correlação de *Pearson*.

Para todas as análises considerou-se $p < 0.05$ como nível de significância.

4.9 Considerações éticas

Antes de iniciar o presente estudo, este foi encaminhado com as devidas autorizações do Superintendente do Hospital das Clínicas de Botucatu, da Diretora da Faculdade de Medicina de Botucatu, e do Chefe do departamento e ambulatório de Ginecologia do hospital, ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu, e teve início somente após sua aprovação, que ocorreu na reunião extraordinária do dia 07 de abril de 2014, sob o parecer nº 607.171 (Anexo 1).

Quanto aos dados de todas as participantes, foram colhidos apenas após o consentimento das mesmas, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), de acordo com a resolução 466/2012, para participação em pesquisas⁽¹⁰⁵⁾. Além disto, todas as mulheres que assinaram o Termo de Consentimento receberam uma cópia assinada pela pesquisadora.

5. RESULTADOS

Os resultados do estudo foram compostos por 106 mulheres, sendo 66 submetidas à cirurgia conservadora e 40 à mastectomia, acompanhadas pela equipe de mastologia, no ambulatório de Ginecologia do Hospital das Clínicas de Botucatu. Para tanto, foram organizados e apresentados da seguinte forma: características sociodemográficas, fatores de proteção e potenciais de adoecimento para o câncer de mama, características clínicas, propostas terapêuticas, média dos escores e correlações dos domínios dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23.

Em relação à procedência por departamentos regionais de saúde (DRS) e regiões de saúde, observou-se que a maior parte das pacientes de ambos os grupos, conservadora (96.97% n=64), e mastectomia (87.50% n=35), pertencia ao Departamento Regional de Saúde VI (regiões de saúde: Pólo Cuesta, Vale do Jurumirim e Bauru), pelo qual o Hospital das Clínicas (HC) de Botucatu responde por serviços em saúde especializados⁽¹⁰⁶⁾.

No entanto, verificou-se também a presença de pacientes de regiões de saúde que não são da área de abrangência do HC de Botucatu, como DRS VII (região Metropolitana de Campinas) com uma paciente no grupo da mastectomia (2.50%), DRS XVI (Itapetininga) com duas pacientes do grupo da cirurgia conservadora (3.03%) e três na mastectomia (7.50%), e DRS XIX (Jacarezinho - Paraná) com uma paciente submetida à mastectomia (2.50%)⁽¹⁰⁶⁾.

Quanto ao tempo de cirurgia, a média e desvio padrão no grupo das pacientes submetidas à cirurgia conservadora foi de 18.70 meses (± 5.21), e na mastectomia de 19.15 meses (± 4.81).

A tabela 1, apresenta as demais características sociodemográficas de cada grupo das mulheres. Pode-se verificar que a cor da pele autorreferida branca foi predominante em ambos os grupos, assim como, terem o grau de escolaridade ensino fundamental, possuírem

companheiro, religião, moradia própria, outras comorbidades além do câncer de mama, e trabalharem antes da cirurgia. Entretanto, após o procedimento cirúrgico a maioria não estava mais profissionalmente ativa e a renda prevalente era de um a dois salários mínimos.

As outras comorbidades além do câncer mamário, que 43 (65.15%) das 66 pacientes submetidas à cirurgia conservadora relataram possuir, ou já terem apresentado antes e/ou após a cirurgia foram (os dados não constam na tabela e ultrapassam 100%, devido haver mais de uma comorbidade por paciente): Hipertensão arterial (79.07% n=34), Diabetes *Mellitus* (39.53% n=17), Dislipidemia (16.28% n=7), Hipotireoidismo (11.63% n=5), Hipertireoidismo (4.65% n=2), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (4.65% n=2), Febre reumática (4.65% n=2), Bronquite (4.65% n=2), e na porcentagem de (2.33% n=1) para cada doença: Arritmia, Asma, Câncer de intestino, Hiperuricemia, Labirintite, Varizes, Insuficiência Cardíaca, Diverticulose e Chagas.

No grupo da mastectomia, as outras comorbidades além do câncer de mama, relatadas por 22 (55.00%) das 40 pacientes mastectomizadas foram (os dados não constam na tabela e ultrapassam 100%, devido haver mais de uma comorbidade por paciente): Hipertensão arterial (63.64% n=14), Diabetes *Mellitus* (40.91% n=9), Dislipidemia (13.64% n=3), Arritmia (9.09% n=2), e na porcentagem de (4.55% n=1) para cada doença: Câncer de colo uterino, Câncer de intestino, Câncer de bexiga, Hipertireoidismo, Epilepsia, Síndrome de *Stevens-Johnson*, Asma, Hiperuricemia, Labirintite e Cisto no ovário.

Quanto às profissões exercidas por 43 (65.15%) das 66 pacientes do grupo da cirurgia conservadora antes do procedimento cirúrgico, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)⁽¹⁰⁷⁾, eram (os dados não constam na tabela): empregado doméstico arrumador (18.60% n=8), empregado doméstico faxineiro (16.28 n=7), trabalhador rural (11.63% n=5), professor de disciplinas pedagógicas no ensino médio (11.63% n=5), oficial de serviços gerais (9.30% n=4), costureira de reparação de roupas (6.98% n=3), atendente

balconista (6.98% n=3), auxiliar administrativo (6.98% n=3), auxiliar de enfermagem (4.65% n=2), e na porcentagem de (2.33% n=1) para cada profissão: babá, auxiliar de saúde bucal, cuidador de idosos e trabalhadores de conservação de rodovias.

Após a cirurgia, por sua vez, (83.33% n=55) não eram mais profissionalmente ativas, destas (dados não constam na tabela): (43.64% n=24) aposentaram-se, (23.64% n=13) estavam desempregadas, (14.55% n=8) estavam recebendo auxílio doença, (10.91% n=6) continuavam como do lar, e quatro (7.27% n=4) estavam recebendo pensão.

Já no grupo da mastectomia, das 40 pacientes, 29 (72.50%) relataram trabalhar antes da cirurgia, com as seguintes profissões, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)⁽¹⁰⁷⁾ (os dados não constam na tabela): costureira de reparação de roupas (20.69% n=6), empregado doméstico arrumador (10.34% n=3), trabalhador rural (10.34% n=3), cabeleireiro (6.90% n=2), empregado doméstico faxineiro (6.90% n=2), e na porcentagem de (3.45% n=1) para cada profissão: administrador, assistente social, auxiliar de enfermagem, encarregado de padaria, babá, balconista, cozinheiro geral, cuidador de idosos, proprietário de bar, lanchonete, restaurante (conta própria), oficial de serviços gerais, revisor têxtil, cozinheiro salgador, e funcionário público estadual e distrital superior.

Destas, (77.50% n=31), após o procedimento cirúrgico, deixaram de exercer suas funções remuneradas, (dados não constam na tabela): (35.48% n=11) aposentaram-se, (32.26% n=10) estavam recebendo auxílio doença, (19.35% n=6) encontravam-se desempregadas, (9.68% n=3) permaneciam do lar, (3.23% n=1) estavam recebendo pensão.

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.

Variável	Categoria	Conservadora (n=66)		Mastectomia (n=40)	
		N	(%)	N	(%)
Cor da pele	Branca	50	(75.76)	26	(65.00)
	Negra	2	(3.03)	2	(5.00)
	Parda	14	(21.21)	11	(27.50)
	Amarela	00	(0.00)	01	(2.50)
Escolaridade	Ensino Fundamental	48	(72.73)	25	(62.50)
	Ensino médio/Superior	18	(27.27)	15	(37.50)
Religião	Não	1	(1.52)	0	(0.00)
	Sim	65	(98.48)	40	(100.00)
Possui companheiro	Não	22	(33.33)	15	(37.50)
	Sim	44	(66.67)	25	(62.50)
Trabalhava antes cirurgia	Não	23	(34.85)	11	(27.50)
	Sim	43	(65.15)	29	(72.50)
Trabalha após cirurgia	Não	55	(83.33)	31	(77.50)
	Sim	11	(16.67)	9	(22.50)
Renda*	Sem renda	0	(0.00)	1	(2.50)
	1 a 2	46	(69.70)	25	(62.50)
	Mais de 2	20	(30.30)	14	(35.00)
Moradia	Própria	58	(87.88)	38	(95.00)
	Não própria	8	(12.12)	2	(5.00)
Outras comorbidades	Não	23	(34.85)	18	(45.00)
	Sim	43	(65.15)	22	(55.00)
Total		66 (100)		40 (100)	

*Salários mínimos

A tabela 2, refere-se aos fatores de proteção e potenciais de adoecimento para o câncer mamário.

Pode-se verificar que a maioria das pacientes de ambos os grupos em relação aos fatores de proteção, não possuía histórico familiar da doença, não era tabagista e/ou etilista, e amamentou os filhos. Ainda, a média e desvio padrão da idade na menarca e na primeira gestação no grupo da cirurgia conservadora foi respectivamente (dados não constam na

tabela): 12.74 anos (± 1.68), e 22.66 anos (± 6.02) e na mastectomia, a média da idade na menarca foi 13.33 anos (± 2.13), e na primeira gestação 22.78 anos (± 6.42).

No entanto, com relação aos potenciais de adoecimento para o câncer de mama, observou-se que em ambos os grupos a maioria das pacientes fez uso de anticoncepcional durante a vida, não realizava atividade física, era menopausada no momento da coleta dos dados e apresentou sintomas na mama antes do diagnóstico.

Sobre a realização da mamografia, a maioria das pacientes submetidas à cirurgia conservadora relatou realizá-la anualmente, antes do diagnóstico. Entretanto, a maioria do grupo da mastectomia (cirurgia mais invasiva), declarou não realizar o exame periodicamente.

Quanto à idade no diagnóstico (dados não constam na tabela), a média e desvio padrão das pacientes submetidas à cirurgia conservadora foi de 58.45 anos (± 12.47), com idade mínima de 33 anos, e na mastectomia 50.70 anos (± 13.73), com idade mínima de 26 anos.

Tabela 2- Distribuição dos fatores de proteção e potenciais de adoecimento para o câncer de mama das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.

Variável	Categoria	Conservadora (n=66)		Mastectomia (n=40)	
		N	%	N	%
Filhos	Não	5	(7.58)	4	(10.00)
	Sim	61	(92.42)	36	(90.00)
Aleitamento materno	Não	8	(13.11)	2	(5.56)
	Sim	53	(86.89)	34	(94.44)
Anticoncepcional	Não	27	(40.91)	16	(40.00)
	Sim	39	(59.09)	24	(60.00)
Menopausada	Não	8	(12.12)	7	(17.50)
	Sim	58	(87.88)	33	(82.50)
Histórico Familiar	Não	50	(75.76)	34	(85.00)
	Sim	16	(24.24)	6	(15.00)
Tabagismo	Não	54	(81.82)	39	(97.50)
	Sim	12	(18.18)	1	(2.50)
Etilismo	Não	64	(96.97)	40	(100.00)
	Sim	2	(3.03)	0	(0.00)
Atividade física	Não	50	(75.76)	24	(60.00)
	Sim	16	(24.24)	16	(40.00)
Realização de mamografia	Não	22	(33.33)	23	(57.50)
	Sim	44	(66.67)	17	(42.50)
Sintomas na mama	Não	23	(34.85)	9	(22.50)
	Sim	43	(65.15)	31	(77.50)
Total		66 (100)		40 (100)	

A tabela 3 apresenta as características clínicas e propostas terapêuticas de ambos os grupos. Pode-se observar que em relação à mama operada, a predominância no grupo das submetidas à cirurgia conservadora foi à esquerda, enquanto na mastectomia, à direita. Além disso, ambos os grupos não possuíam prótese (reconstituição mamária) e não apresentavam linfedema, no momento da coleta dos dados.

Quanto ao esvaziamento axilar e às terapias adjuvantes como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, pode-se verificar que foram realizados tanto na mastectomia como na cirurgia conservadora.

Em relação ao acompanhamento psicológico após cirurgia pode-se verificar que não estava sendo realizado em ambos os grupos, no entanto, no que se refere ao acompanhamento fisioterápico, a maioria das pacientes mastectomizadas estavam sendo submetidas.

Tabela 3- Distribuição das características clínicas e propostas terapêuticas das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66) e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.

Variável	Categoria	Conservadora (n=66)		Mastectomia (n=40)	
		N	(%)	N	(%)
Mama operada	Direita	27	(40.91)	21	(52.50)
	Esquerda	38	(57.58)	19	(47.50)
	Bilateral	1	(1.52)	0	(0.00)
Prótese	Não	65	(98.48)	29	(72.50)
	Sim	1	(1.52)	11	(27.50)
Esvaziamento axilar	Não	31	(46.97)	7	(17.50)
	Sim	35	(53.03)	33	(82.50)
Linfedema	Não	53	(80.30)	28	(70.00)
	Sim	13	(19.70)	12	(30.00)
Realização de quimioterapia	Não	22	(33.33)	4	(10.00)
	Sim	44	(66.67)	36	(90.00)
Realização de radioterapia	Não	3	(4.55)	4	(10.00)
	Sim	63	(95.45)	36	(90.00)
Hormonioterapia	Não	24	(36.36)	12	(30.00)
	Sim	42	(63.64)	28	(70.00)
Fisioterapia após cirurgia	Não	49	(74.24)	11	(27.50)
	Sim	17	(25.76)	29	(72.50)
Psicólogo após cirurgia	Não	51	(77.27)	24	(60.00)
	Sim	15	(22.73)	16	(40.00)
Total		66 (100)		40 (100)	

A tabela 4, apresenta a média e desvio padrão nos escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, de cada grupo das mulheres participantes do estudo.

Na escala funcional do EORTC QLQ C-30 e do BR-23, quanto maior os valores dos escores (mais próximos de 100), melhor a qualidade de vida. Sendo assim, pode-se observar, na escala funcional do QLQ C-30 que comparando as médias dos escores de cada grupo, as pacientes submetidas à cirurgia conservadora apresentaram em todos os domínios (exceto função cognitiva que apresentou o mesmo valor) maiores médias que o grupo da mastectomia, entretanto, como os valores foram muitos semelhantes, nenhum domínio foi significativo com $p < 0.05$.

Na escala funcional do EORTC BR-23, o grupo da cirurgia conservadora também apresentou, na maioria dos domínios, maiores médias comparadas ao da mastectomia, com exceção do domínio função sexual, onde o grupo da mastectomia apresentou maior média. Porém, novamente a maioria dos valores foram muito próximos, por isso, não houve diferenças significativas ($p < 0.05$), exceto o domínio imagem corporal, que apresentou média de (94.19) no grupo da conservadora, e (51.67) na mastectomia, com $p = 0.0001$.

A interpretação dos escores da escala de sintomas do EORTC QLQ C-30 e BR-23, por sua vez, é contrária à escala funcional, pois quanto maiores os valores dos escores, maiores as quantidades de sintomas, portanto, nesta escala, os valores mais próximos de zero indicam melhor qualidade de vida.

Sendo assim, pode-se observar na escala de sintomas do EORTC QLQ C-30 que comparando as médias entre os grupos, as pacientes submetidas à cirurgia conservadora, apresentaram menores médias nos domínios dor, dispneia, insônia, constipação e dificuldade financeira e, o grupo da mastectomia, apresentou menores médias nos domínios fadiga, náusea, vômito, perda de apetite e diarreia. Entretanto, como os valores da maioria foram

muito próximos, os domínios que apresentaram significância foram apenas vômito ($p=0.0138$) e insônia ($p=0.0355$).

Na escala de sintomas do EORTC BR-23, o grupo da cirurgia conservadora apresentou menores médias nos domínios sintomas do braço e da mama e o da mastectomia em eventos adversos da terapia sistêmica. No entanto, como as médias foram muito semelhantes, nenhum domínio foi significativo com $p<0.05$.

Em relação à escala de estado global de saúde e qualidade de vida do EORTC QLQ C-30, quanto maior o valor do escore (mais próximos de 100) melhor a qualidade de vida. Desse modo, pode-se observar que a média do escore no grupo das pacientes submetidas à cirurgia conservadora foi de (63.01), e da mastectomia (74.17), com $p=0.0308$, demonstrando assim que as pacientes do presente estudo submetidas à mastectomia (cirurgia mais invasiva), apresentaram melhor qualidade de vida e de saúde global, após cirurgia, comparadas as submetidas à cirurgia conservadora (menos invasiva).

Tabela 4- Média e desvio padrão dos escores nos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23 das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66), e à mastectomia (n=40), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.

Variável	Conservadora (n=66) Média (DP)	Mastectomia (n=40) Média (DP)	p
Escala Funcional QLQ C-30			
Função Física	66.46 (27.15)	65.33 (31.24)	0.8447
Desempenho de papéis	71.46 (33.05)	61.67 (39.44)	0.1723
Função emocional	70.71 (39.58)	68.13 (41.21)	0.7492
Função cognitiva**	100 (0.00)	100 (0.00)	---
Função social	49.75 (30.31)	46.67 (34.63)	0.6319
Escala de Sintomas QLQ C-30			
Fadiga	39.90 (38.98)	38.33 (39.26)	0.8417
Náusea	12.63 (25.99)	9.17 (27.20)	0.5154
Vômito	7.07 (18.96)	0.83 (5.27)	0.0138*
Dor	31.57 (30.82)	37.08 (33.65)	0.3902
Dispneia	12.63 (27.28)	14.17 (28.13)	0.7812
Insônia	28.28 (35.68)	45.00 (44.37)	0.0355*
Perda de apetite	17.68 (33.19)	12.50 (28.93)	0.4163
Constipação	8.08 (21.13)	12.50 (28.93)	0.4041
Diarreia	7.58 (20.92)	3.33 (10.13)	0.1648
Dificuldade Financeira	31.82 (40.69)	39.17 (45.22)	0.3896
Escala Média Global de Saúde/ Qualidade de vida QLQ C-30	63.01 (27.66)	74.17 (21.25)	0.0308*
Escala Funcional BR-23			
Imagem corporal	94.19 (17.17)	51.67 (46.50)	0.0001*
Função sexual	47.98 (47.90)	53.75 (47.81)	0.5488
Satisfação sexual	89.52 (22.54)	86.11 (29.35)	0.6156
Perspectivas futuras	40.91 (43.68)	26.67 (37.13)	0.0886
Escala Sintomas BR-23			
Eventos adversos terapia sistêmica	8.01 (8.40)	7.62 (7.53)	0.8105
Sintomas da mama	33.46 (29.65)	38.33 (33.85)	0.4388
Sintomas do braço	29.46 (25.89)	37.78 (33.36)	0.1543
Perda dos cabelos***	0 (0.00)	0 (0.00)	---

*p<0.05

** As pacientes de ambos os grupos não apresentaram queixas relacionadas à função cognitiva.

***As pacientes de ambos os grupos não estavam mais sendo submetidas às terapias adjuvantes de quimioterapia e radioterapia no momento da coleta dos dados, dessa forma, não apresentavam mais perda de cabelos.

A tabela 5 apresenta a correlação entre os escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, das pacientes submetidas à cirurgia conservadora, com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30).

Pode-se verificar que os domínios do EORTC QLQ C-30, que apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$), com a escala do estado global de saúde e qualidade de vida, foram: função física ($p = 0.0018$), desempenho de papéis ($p = 0.0041$), função emocional ($p = 0.0328$), função social ($p = 0.0083$), fadiga ($p = 0.0232$), dor ($p = 0.0310$), insônia ($p = 0.0257$), perda de apetite ($p = 0.0089$), diarreia ($p = 0.0177$) e dificuldade financeira ($p = 0.0004$). Já os domínios do EORTC BR-23, que apresentaram correlação significativa ($p < 0.05$), foram apenas: eventos adversos da terapia sistêmica ($p = 0.0016$), e sintomas do braço ($p = 0.0136$).

Tabela 5- Correlação entre os escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas do EORTC QLQ C-30 e BR-23 das pacientes submetidas à cirurgia conservadora (n=66), com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.

Variável	Conservadora (n=66)	
	r	p
Escala Funcional QLQ C-30		
Função física	0.37684	0.0018*
Desempenho de papéis	0.34910	0.0041*
Função emocional	0.25570	0.0328*
Função cognitiva**	-----	-----
Função social	0.32252	0.0083*
Escala de Sintomas QLQ C-30		
Fadiga	-0.27927	0.0232*
Náusea	-0.22592	0.0682
Vômito	-0.21061	0.0896
Dor	-0.26586	0.0310*
Dispneia	-0.09070	0.4689
Insônia	-0.27446	0.0257*
Perda de apetite	-0.31941	0.0089*
Constipação	-0.24104	0.0512
Diarreia	-0.29108	0.0177*
Dificuldade financeira	-0.42262	0.0004*
Escala Funcional BR-23		
Imagem corporal	0.09849	0.4314
Função sexual	0.18943	0.1277
Satisfação sexual	0.12827	0.4628
Perspectivas futuras	0.03392	0.7868
Escala de sintomas BR-23		
Eventos adversos terapia sistêmica	-0.38150	0.0016*
Sintomas da mama	-0.20522	0.0983
Sintomas do braço	-0.30251	0.0136*
Perda dos cabelos**	-----	-----

*p <0.05

** Não houve variabilidade, por isso, não foram apresentados.

A tabela 6 apresenta a correlação entre os escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, das pacientes submetidas à mastectomia, com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30).

Pode-se observar que os domínios do EORTC QLQ C-30, que apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) com a escala do estado global de saúde e qualidade de vida, foram: função emocional ($p = 0.0324$), insônia ($p = 0.0129$) e dificuldade

financeira ($p=0.0342$), já no questionário EORTC BR-23, o único domínio que se correlacionou significativamente foi imagem corporal ($p=0.0358$).

Tabela 6- Correlação entre os escores dos domínios das escalas funcionais e de sintomas do EORTC QLQ C-30 e BR-23 das pacientes submetidas à mastectomia ($n=40$), com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30), Hospital das Clínicas de Botucatu, 2015.

Variável	Mastectomia($n=40$)	
	r	p
Escala Funcional QLQ C-30		
Função física	0.13776	0.3966
Desempenho de papéis	0.16912	0.2969
Função emocional	0.33895	0.0324*
Função cognitiva**	-----	-----
Função social	0.06871	0.6735
Escala de Sintomas QLQ C-30		
Fadiga	-0.11440	0.4821
Náusea	-0.07269	0.6558
Vômito	-0.18443	0.2546
Dor	-0.21465	0.1835
Dispneia	-0.28954	0.0700
Insônia	-0.38979	0.0129*
Perda de apetite	-0.12165	0.4546
Constipação	-0.15641	0.3351
Diarreia	0.04633	0.7765
Dificuldade financeira	-0.33577	0.0342*
Escala Funcional BR-23		
Imagem corporal	0.33300	0.0358*
Função sexual	0.23799	0.1392
Satisfação sexual	0.08119	0.7061
Perspectivas futuras	0.11915	0.4640
Escala de sintomas BR-23		
Eventos adversos terapia sistêmica	-0.08009	0.6232
Sintomas da mama	-0.26386	0.0999
Sintomas do braço	-0.22237	0.1679
Perda dos cabelos**	-----	-----

* $p < 0.05$

** Não houve variabilidade, por isso, não foram apresentados.

6. DISCUSSÃO

A fim de iniciar a discussão sobre os dados apresentados, pôde-se observar, em relação à média de idade das pacientes no momento do diagnóstico, que em ambos os grupos prevaleceu-se a partir dos 50 anos.

Sobre tal resultado, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam que mulheres com idades a partir dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolvimento do câncer mamário, devido ao acúmulo de exposições ao longo da vida e alterações biológicas do envelhecimento^(26,29).

O exame mamográfico para rastreamento do câncer de mama, até o ano de 2013, seguindo a Lei nº 11.664, era realizado em mulheres a partir dos 40 anos de idade⁽¹⁰⁸⁾, entretanto, baseado nos dados citados acima, do Instituto Nacional de Câncer (INCA) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Portaria nº 1.253 alterou a tabela de procedimentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e, a partir deste ano, a mamografia bilateral passou a ser viabilizada para todas as mulheres com idades compreendidas entre 50 a 69 anos e, para aquelas com elevado risco de câncer de mama, como histórico pessoal e/ou familiar da doença, a partir dos 35 anos^(39,109).

Ainda, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), reforça como justificativa para a mudança da faixa etária, que a mamografia realizada em mulheres mais jovens, por exemplo, a partir dos 40 anos como era anteriormente, pode não ter a mesma efetividade, devido às mamas serem mais densas, o que poderia aumentar a chance de exames falso-positivos e de biópsias desnecessárias⁽¹¹⁰⁾.

Contudo, na amostra do presente estudo, apesar da média de idade em ambos os grupos ser a partir dos 50 anos e a mamografia ser recomendada nesta idade, a idade mínima no diagnóstico do grupo da cirurgia conservadora foi de 33 anos, e da mastectomia de 26 anos, o que nos fez refletir sobre a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁾

de realização do exame clínico das mamas para as mulheres de 40 a 49 anos, com mamografia diagnóstica apenas em caso de alteração no exame clínico, e mamografia somente a partir dos 35 anos para quem possui histórico pessoal e/ou familiar da doença, estar sendo efetivo e suficiente para o rastreamento e detecção precoce do câncer de mama em mulheres com menos de 50 anos.

Quanto aos dados sociodemográficos, pôde-se verificar que a maioria das pacientes submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, informou ser branca, o que corresponde com a literatura sobre o câncer de mama ser mais comum em mulheres caucasianas, do que em afro americanas ou asiáticas⁽¹⁴⁾.

Em relação ao nível de escolaridade, predominou o ensino fundamental em ambos os grupos, assim como o resultado da maioria ser profissionalmente ativa antes da cirurgia, em profissões que exigiam escolaridades compatíveis com o nível de estudo apresentado, como, empregado doméstico arrumador, empregado doméstico faxineiro, trabalhador rural, oficial de serviços gerais e costureira de reparação de roupas, tendo a maioria destas a necessidade de funções físicas e funcionais para realizá-las.

Após a cirurgia, por sua vez, observou-se que a maioria das pacientes de ambos os grupos não estava mais trabalhando. Muitas encontravam-se desempregadas, sem auxílio doença e sem aposentadoria, o que nos leva a crer que a cirurgia por câncer mamário pode afetar a capacidade física e funcional das mulheres acometidas. Ainda, a renda prevalente após cirurgia de ambas as pacientes, também apresentou-se baixa, entre um a dois salários mínimos.

Tais resultados corroboraram com os relatos feitos por alguns autores de que além dos desconfortos de ordem física, o câncer também ocasiona impacto econômico, o que implica não somente na diminuição da renda e salário, mas também na possível perda de reservas econômicas da paciente e família. Além disso, nos países subdesenvolvidos os problemas

socioeconômicos são maiores devido ao fato, principalmente de, muitos não terem um sistema formal de saúde e previdenciário, em condições de atender às necessidades dos pacientes oncológicos⁽⁴⁹⁾.

Os dados obtidos também permitiram verificar que, a maioria das mulheres do grupo da cirurgia conservadora e da mastectomia não realizava atividade física antes do diagnóstico (sedentarismo), e fez uso de anticoncepcional durante a vida, ambos potenciais de adoecimento para o câncer de mama, segundo a literatura^(26,29,30,111).

No entanto, no que se refere aos demais potenciais, como: menarca inferior a 12 anos, nuliparidade, primeira gestação tardia (após 30 anos), tabagismo, etilismo, ingestão regular de bebida alcoólica, não amamentação e histórico familiar da doença, a maioria de ambos os grupos não os apresentava^(10,14,26,30-33).

Quanto à realização da mamografia antes da descoberta da doença, a maior parte das pacientes submetidas à cirurgia conservadora relatou realizá-la anualmente, entretanto, a maioria do grupo da mastectomia declarou não realizar o exame periodicamente.

Dessa forma, acredita-se que a prática da realização da mamografia pelo grupo da cirurgia conservadora tenha refletido em diagnósticos mais precoces, com consequentes modalidades cirúrgicas menos invasivas, preservação de parte da mama e sobrevivência após o tratamento; enquanto nas pacientes submetidas à mastectomia, consequentemente, em um procedimento cirúrgico mais invasivo, com remoção da mama e possibilidade de complicações mais severas.

Em relação às características clínicas e as propostas terapêuticas, em ambos os grupos as pacientes foram submetidas ao esvaziamento axilar e às terapias adjuvantes como quimioterapia, radioterapia, e hormonioterapia.

Sobre o esvaziamento axilar, segundo a literatura, trata-se de um dos métodos mais importantes, relacionados à sobrevida da paciente, prevenção de recidivas e disseminação da

doença para outros órgãos. Ainda, no que se refere aos tratamentos adjuvantes, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) relata que não só melhoram as taxas de sobrevivência após o diagnóstico, mas também promovem melhores prognósticos e menores taxas de mortalidade^(112,113).

Quanto à fisioterapia após cirurgia, observou-se que apenas a maioria do grupo da mastectomia (cirurgia mais invasiva) realizou. No entanto, após os procedimentos cirúrgicos por câncer de mama, mesmo as cirurgias conservadoras, podem acarretar diversas complicações físicas. Por isso, segundo os autores, a fisioterapia no pós-operatório é fundamental para a reabilitação e recuperação dos movimentos do membro homolateral à cirurgia, bem como prevenção de prejuízos nas atividades diárias das mulheres acometidas^(114,115).

A esse respeito, um estudo realizado com um grupo de mulheres operadas por câncer de mama, submetidas a um programa de fisioterapia durante o primeiro mês de pós-operatório, verificou em seus resultados que mais da metade das pacientes ao final do programa recebeu alta e ao longo dos anos, houve redução da frequência de restrição da amplitude de movimento do membro homolateral à cirurgia devido ao linfedema, demonstrando a importância da fisioterapia na recuperação e prevenção de sequelas após cirurgias por câncer mamário⁽¹¹⁶⁾.

Em relação ao acompanhamento psicológico após cirurgia, foi possível verificar que em ambos os grupos não estava sendo realizado. Entretanto, o câncer pode ocasionar estresse e sofrimento emocional que se ignorados, levam a diminuição significativa na qualidade de vida da mulher acometida e de seus familiares, afetando inclusive, a adesão aos tratamentos de reabilitação⁽¹¹⁷⁻¹¹⁹⁾.

No que se refere ao seguimento psicológico, um estudo realizado com mulheres atendidas em um serviço de reabilitação verificou nos seus resultados há presença de diversos

estressores, após a cirurgia, relacionados às sequelas e limitações de movimento, lindefema, alterações na imagem corporal e medo do ressurgimento da doença, o que confirmou a importância e a necessidade da atuação dos serviços de reabilitação psicossocial, no período pós-operatório⁽¹²⁰⁾.

Sendo assim, o acompanhamento psicológico após a cirurgia torna-se importante, pois tem como objetivo fornecer apoio psicossocial e terapêutico, mostrando as possibilidades de auxílio, apoio, e métodos de enfrentamento durante todo o processo de saúde e doença, melhorando, com isso, a qualidade de vida não só da paciente mas também de seus familiares⁽¹²¹⁾.

Dentre os dados evidenciados sobre a média e desvio padrão dos escores nos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, de cada grupo das mulheres participantes do estudo, foi possível verificar que na escala funcional do QLQ C-30, as pacientes submetidas à cirurgia conservadora obtiveram em todos os domínios (exceto função cognitiva que apresentou o mesmo valor) maiores médias que o grupo da mastectomia. Entretanto, como os valores foram muitos semelhantes, nenhum domínio mostrou-se significativo com $p < 0.05$.

Tais dados corroboraram com o estudo realizado por Santos⁽¹²²⁾, onde as médias nos escores de todos os domínios da escala funcional do EORTC QLQ C-30 foram maiores no grupo das pacientes submetidas à cirurgia conservadora, comparados ao da mastectomia, no entanto, como as diferenças entre os valores das médias também foram muito próximas, não apresentaram significância.

Em relação às médias dos domínios da escala funcional do EORTC BR-23, pôde-se verificar que, assim como na escala funcional do QLQ C-30, o grupo da cirurgia conservadora apresentou maiores médias em comparação com o da mastectomia, com exceção do domínio

função sexual. Porém, os valores foram novamente muito semelhantes, deste modo, o único domínio significativo com $p=0.001$, foi imagem corporal.

Quanto à estes dados, no estudo citado anteriormente⁽¹²²⁾, todos os domínios obtiveram maiores médias no grupo da cirurgia conservadora, incluindo função sexual, o que diferiu do presente estudo. Ainda, além do domínio de imagem corporal ser significativo, o domínio perspectivas futuras, também, apresentou significância com $p<0.05$.

Contrariando os resultados demonstrados no presente estudo e no de Santos⁽¹²²⁾, em uma outra pesquisa realizada⁽¹²³⁾ as pacientes do grupo da mastectomia avaliaram sua imagem corporal de modo mais positivo, com maiores médias nesse domínio, indicando melhor qualidade de vida na percepção da imagem corporal apesar de estarem inseridas no grupo da cirurgia mais invasiva.

Em relação aos resultados da escala de sintomas do EORTC QLQ C-30, foi possível constatar que comparando as médias entre os grupos, as pacientes submetidas à cirurgia conservadora apresentaram menores médias nos domínios dor, dispneia, insônia, constipação e dificuldade financeira, enquanto o grupo da mastectomia apresentou menores médias nos domínios fadiga, náusea, vômito, perda de apetite e diarreia. Entretanto, como a maioria dos valores foram muito próximos, os domínios que apresentaram significância foram apenas vômito ($p=0.0138$) e insônia ($p=0.0355$).

Destes, os resultados semelhantes com o estudo de Santos⁽¹²²⁾ foram dor, dispneia, e constipação, com menores médias, no grupo da cirurgia conservadora, e fadiga, náusea, vômito e diarreia, com menores médias, no grupo da mastectomia. No entanto, como as médias dos valores dos escores entre os grupos foram semelhantes, os únicos domínios que apresentaram significância com $p<0.05$ foram: náusea, vômito e dispneia.

Na escala de sintomas do EORTC BR-23, foi possível observar que o grupo da cirurgia conservadora apresentou menores médias nos escores dos domínios de sintomas da

mama e do braço, já o domínio eventos adversos da terapia sistêmica apresentou-se menor no grupo da mastectomia. No entanto, como os valores das médias foram próximos, nenhum domínio mostrou-se significativo.

No estudo de Santos⁽¹²²⁾ todos os domínios desta escala apresentaram-se com médias menores no grupo da cirurgia conservadora, porém, como os valores também foram próximos entre os grupos, nenhum domínio apresentou significância.

Em relação à escala de estado global de saúde e qualidade de vida do EORTC QLQ C-30, pôde-se verificar que a média do escore no grupo das pacientes submetidas à mastectomia foi maior do que às submetidas à cirurgia conservadora com $p < 0.05$, demonstrando, que as pacientes do presente estudo submetidas à mastectomia (cirurgia mais invasiva) apresentaram melhor qualidade de vida e de saúde global após cirurgia, comparadas às submetidas à cirurgia conservadora (menos invasiva).

Portanto, apesar do grupo da cirurgia conservadora ter apresentado maiores médias nos escores da maioria dos domínios de ambos os questionários EORTC, o grupo da mastectomia apresentou maior média na escala do estado global de saúde e qualidade de vida após a cirurgia, contrariando os resultados de diversos autores na literatura^(15,18,23,122,124-126) e, a hipótese do presente estudo, de que mulheres submetidas à cirurgia conservadora por câncer de mama são mais prováveis de apresentarem melhor qualidade de vida e saúde após cirurgia, quando comparadas àquelas submetidas à mastectomia.

A esse respeito, um estudo realizado com mulheres submetidas à mastectomia encontrou evidências de que o câncer de mama refletiu em mudanças saudáveis de hábitos de vida, pois as envolvidas aprenderam a lidar com novas situações, restrições e barreiras. Outro dado evidenciado foi que as pacientes depararam-se com a necessidade de encarar a vida de uma nova maneira⁽¹²⁷⁾, corroborando com relatos de outros autores, de que o processo de adoecimento pode levar a mulher ao autocuidado e uma valorização melhor da vida, por estar

viva^(90,128), o que pode ter ocorrido com as mulheres mastectomizadas, do presente estudo, e refletido em suas respostas na escala do estado global de saúde e qualidade de vida.

Em outro estudo realizado com mulheres mastectomizadas foi possível compreender, por meio da ótica dessas mulheres, parte do sentido de "Ser mulher mastectomizada" não como algo acabado, mas sim como um "Ser de possibilidades", mesmo diante do fato da mutilação e de seu convívio diário com sua nova condição física⁽¹²⁹⁾.

Além disso, o resultado apresentado pode estar relacionado à autoavaliação e crença de muitas mulheres de que este procedimento cirúrgico faz uma "limpeza das células malignas", sendo então, uma medida mais segura, comparada às cirurgias conservadoras, pois permitiria um maior controle da doença, bem como prevenção de recidivas, refletindo na qualidade de vida após cirurgia⁽¹³⁰⁾.

Fato este, observado durante a coleta dos dados do presente estudo, onde muitas das mulheres mastectomizadas, ao responderem a escala do estado global de saúde e qualidade de vida com maiores pontuações indicando melhor qualidade de vida e saúde após a cirurgia, complementaram suas respostas, relatando "ter preferido" a remoção da mama e, com isso, segundo elas, a "remoção do câncer junto", ao invés da permanência de parte da mama com consequente maiores chances de recidiva da doença.

Desse modo, na concepção, dessas mulheres, a mastectomia foi uma técnica mais segura, comparada à cirurgia conservadora. Sendo assim, entre a remoção da mama, chance de recidiva do câncer, e de serem submetidas, novamente, às terapias adjuvantes, novo procedimento cirúrgico e todo o processo de recuperação pós-cirúrgica, apresentou-se "preferível", e com melhor adaptação e aceitação, a cirurgia mais invasiva, mastectomia.

Quanto aos resultados da correlação dos domínios das escalas funcionais e de sintomas dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida, permitiram verificar que as médias dos escores nos domínios função física

e dor do EORTC QLQ C-30, e sintomas do braço do EORTC BR-23, foram estatisticamente significativos ($p < 0.05$), apenas no grupo das pacientes submetidas à cirurgia conservadora, em relação à escala de estado global de Saúde e qualidade de vida, demonstrando, que neste grupo, quanto melhor a função física e menos dor e sintomas no braço, após a cirurgia, melhor a qualidade de vida.

Neste sentido, um estudo realizado com mulheres após diagnóstico e tratamento por câncer de mama, verificou relação entre a função física e os sintomas do braço. Segundo os autores, a função física relacionada às atividades de vida diárias das pacientes sofreram prejuízos conforme os sintomas do braço se agravaram, refletindo negativamente na qualidade de vida das mesmas⁽¹³¹⁾.

Ainda, a respeito do domínio dor ter apresentado correlação apenas no grupo da cirurgia conservadora (menos invasiva), alguns autores relatam a possibilidade de tal fato estar relacionado com a presença de complicações pós-cirúrgicas, cicatriciais e linfedema no membro homolateral à cirurgia, que pode ocasionar maior ou menor limitação física e, conseqüentemente, dor⁽¹³²⁾. Além disso, a dor é algo subjetivo dessa forma, cada pessoa a avalia conforme suas experiências⁽¹⁰⁴⁾, o que explicaria esse domínio ter sido avaliado e interpretado de maneiras diferentes, pelas mulheres de cada grupo no presente estudo.

Os domínios desempenho de papéis e função social, ambos do EORTC QLQ C-30, foram estatisticamente significativos em relação à escala do estado global de saúde e qualidade de vida, apenas no grupo da cirurgia conservadora, novamente.

Sobre isto, os autores referem que as mulheres com câncer de mama, após tratamento e cirurgia, podem adaptar-se psicossocialmente⁽¹³³⁾, o que pode ter ocorrido com as mulheres submetidas à cirurgia conservadora deste estudo e refletido em suas respostas nos domínios de desempenho de papéis e função social.

No entanto, algumas mulheres com câncer de mama, podem encontrar dificuldades para desempenhar seus papéis sociais devido aos tratamentos aos quais são submetidas e rupturas de suas tarefas diárias/cotidianas⁽¹³⁴⁾. Além disso, historicamente as mulheres têm um papel social de cuidadoras, sendo difícil assumirem o papel inverso de serem cuidadas, devido ao processo saúde-doença, o que pode levá-las à mudanças no desempenho de seus papéis sociais, repercutindo negativamente na qualidade de vida⁽¹⁰⁴⁾, fato este, que pode ter ocorrido no grupo da mastectomia, justificando suas respostas nesses domínios.

Quanto aos domínios fadiga, perda de apetite e diarreia, da escala de sintomas do EORTC QLQ C-30, apresentaram-se significativos ($p < 0.05$) apenas no grupo das mulheres submetidas à cirurgia conservadora, enquanto o domínio insônia, apresentou-se significativo em ambos grupos, permitindo considerar que quanto menos fadiga, perda de apetite, diarreia e insônia, melhor a qualidade de vida para as mulheres do presente estudo.

A fadiga é uma sensação física desagradável, descrita como cansaço que não apresenta alívio, mesmo com estratégias usuais para restauração da energia. Desta forma, pode gerar, na mulher com câncer de mama, uma tendência ao isolamento social, limite das funções físicas e sociais, e diminuição da autoestima, afetando negativamente sua qualidade de vida^(122,135). Ainda, a insônia, dor e redução de apetite, segundo os autores são comuns em pacientes com câncer e também podem estar relacionadas à fadiga^(135,136).

O domínio perda de apetite relacionou-se com a qualidade de vida após cirurgia, somente no grupo da conservadora. Acredita-se que tal resultado possa ter ocorrido, uma vez que, a perda de apetite, assim como a náusea e vômito, envolvem a interpretação de cada paciente, apresentando-se de maneira individual, além de serem mais comuns e prevalentes durante o período de realização dos tratamentos adjuvantes como, quimioterapia e radioterapia⁽¹³⁷⁾, e no momento da coleta dos dados, as mulheres da pesquisa não estavam

mais sendo submetidas aos mesmos, o que poderia justificar inclusive os resultados dos domínios náusea e vômito não terem apresentado correlação em ambos os grupos.

Quanto ao domínio dificuldade financeira do EORTC QLQ C-30, verificou-se correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$) com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida em ambos os grupos, demonstrando que o câncer de mama e seus tratamentos, independente do tipo da modalidade cirúrgica, podem ocasionar problemas econômicos, afetando a qualidade de vida das mulheres acometidas.

Sobre tal resultado, os autores relatam que o câncer pode causar mudanças econômicas e sociais importantes para paciente e família. Questões como diminuição do poder aquisitivo devido à perda do emprego, gastos com a doença, tratamentos e utilização de reservas econômicas, podem refletir negativamente na qualidade de vida da paciente e família⁽⁴⁹⁾, fato que pode ter ocorrido com as pacientes do presente estudo, pois a maioria de ambos os grupos estava desempregada, sem auxílio doença e sem aposentadoria após cirurgia.

O domínio função emocional do EORTC QLQ C-30, também apresentou-se significativo em relação à escala do estado global de saúde e qualidade de vida em ambos os grupos, demonstrando que embora a mastectomia seja mais invasiva que a cirurgia conservadora, ambas tiveram o domínio emocional afetado e, conseqüentemente, interferência na qualidade de vida.

A este respeito, segundo os autores, apesar da mastectomia e da cirurgia conservadora serem mutiladoras, em graus diferentes, ambas podem causar impacto na qualidade de vida da mulher acometida⁽¹²²⁾. Além disso, os tratamentos para o câncer de mama, como os cirúrgicos, podem provocar efeitos adversos agudos e crônicos na vida mulher, contribuindo significativamente para mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde⁽¹⁰³⁾, o que pode ter ocorrido com as pacientes do presente estudo.

O domínio imagem corporal do EORTC BR-23 correlacionou-se ($p < 0.05$), com a escala de estado global de saúde e qualidade de vida apenas no grupo das pacientes submetidas à mastectomia, demonstrado que esse grupo apresentou maior insatisfação e interferência na imagem corporal comparado, às que ainda possuíam parte da mama (cirurgia conservadora). Já os domínios função e satisfação sexual não se apresentaram significativos em ambos os grupos, o que pode estar relacionado ao fato da maioria das pacientes possuir idade média a partir dos 50 anos e ser menopausada.

Segundo os autores, mulheres que se submetem à mastectomia apresentam maior nível de estresse emocional, e têm o domínio imagem corporal afetado em relação à qualidade de vida por se sentirem menos satisfeitas com o resultado estético da intervenção cirúrgica^(46,122), o que pode ter ocorrido no presente estudo, pois a maioria das pacientes mastectomizadas não foi submetida à reconstituição mamária (prótese).

Neste sentido, um estudo realizado com mulheres após tratamento por câncer da mama, verificou que as pacientes submetidas à mastectomia demonstraram maior impacto negativo na imagem corporal, comparadas às submetidas à cirurgia conservadora. Entretanto, as mulheres mastectomizadas também apresentaram piora nos domínios de função sexual, diferentemente do apresentado, onde tal resultado não foi significativo em nenhum dos grupos⁽¹³⁸⁾.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram chegar às seguintes conclusões:

Em relação às principais características sociodemográficas, pôde-se verificar que a maior parte das pacientes de ambos os grupos, pertencia à área de abrangência do Departamento Regional de Saúde VI, e a média de tempo após cirurgia, no grupo das pacientes submetidas à cirurgia conservadora foi de 18.70 meses e na mastectomia de 19.15 meses.

A cor da pele autorreferida predominante em ambos os grupos foi branca, assim como, terem o grau de escolaridade ensino fundamental, possuírem companheiro, religião, moradia própria, outras comorbidades além do câncer de mama, trabalharem antes da cirurgia, mas não serem mais profissionalmente ativas após cirurgia, com uma renda prevalente de um a dois salários mínimos.

No que se refere aos principais fatores de proteção para o câncer mamário, verificou-se que a maioria das pacientes submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, não possuía histórico familiar da doença, não era tabagista e/ou etilista, amamentou os filhos, e as idades na menarca e na primeira gestação encontravam-se fora da faixa etária de maior risco para a doença.

Quanto aos principais potenciais de adoecimento, observou-se que em ambos os grupos, a idade no momento do diagnóstico foi a partir dos 50 anos, e a maioria das pacientes fez uso de anticoncepcional durante a vida, não realizava atividade física, era menopausada no momento da coleta dos dados, e apresentou sintomas na mama antes do diagnóstico.

Sobre a realização da mamografia, a maioria das pacientes submetidas à cirurgia conservadora relatou realizá-la anualmente antes do diagnóstico, já a maioria do grupo da mastectomia declarou não realizar o exame periodicamente, o que acredita-se que tenha

refletido em um diagnóstico mais tardio, com consequente procedimento cirúrgico mais invasivo.

Ainda, apesar da maioria das pacientes de ambos os grupos terem sido diagnosticadas na faixa etária de maior risco para o desenvolvimento do câncer mamário (acima dos 50 anos), a idade mínima das mulheres no momento do diagnóstico no grupo da cirurgia conservadora foi de 33 anos e da mastectomia 26 anos.

Desse modo, sugere-se a realização da mamografia em mulheres com idades inferiores à 50 anos, pois apesar de menos frequente a evidência de câncer de mama em mulheres mais jovens, o impacto do diagnóstico e das repercussões físicas e psicossociais decorrentes dos procedimentos cirúrgicos, refletiram significativamente na qualidade de vida dessas mulheres, no presente estudo. Além disso, acredita-se que a realização da mamografia em idades inferiores às atualmente recomendadas pelo Ministério da Saúde, auxiliaria no diagnóstico e detecção precoce do câncer de mama, refletindo em tratamentos menos invasivos, com menos complicações, e melhores prognósticos.

Em relação às principais características clínicas e propostas terapêuticas, pôde-se observar que em relação à mama operada, a predominância no grupo das pacientes submetidas à cirurgia conservadora foi à esquerda, e na mastectomia, à direita. Além disso, ambos os grupos não possuíam prótese e não apresentavam linfedema, no momento da coleta dos dados.

Quanto ao esvaziamento axilar e às terapias adjuvantes como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, pôde-se verificar que foram realizados tanto no grupo da mastectomia como da cirurgia conservadora.

Sobre o acompanhamento psicológico após cirurgia verificou-se que não estava sendo realizado em ambos os grupos, no entanto, no que se refere ao acompanhamento fisioterápico, a maioria das pacientes mastectomizadas estavam sendo submetidas.

Em relação à comparação das médias dos escores das escalas funcionais dos questionários EORTC, verificou-se que as pacientes submetidas à cirurgia conservadora apresentaram, na maioria dos domínios, médias maiores que o grupo da mastectomia. Entretanto, como os valores foram muito semelhantes, somente o domínio imagem corporal, apresentou-se significativo.

Na escala de sintomas de ambos os questionários EORTC, o grupo da cirurgia conservadora apresentou menores médias nos domínios dor, dispneia, insônia, constipação, dificuldade financeira e sintomas do braço e da mama; e o grupo da mastectomia, nos domínios fadiga, náusea, vômito, perda de apetite, diarreia e eventos adversos da terapia sistêmica. No entanto, apenas os domínios vômito e insônia apresentaram-se significativos.

Na escala do estado global de saúde e qualidade de vida, observou-se que a maior média obtida foi no grupo das pacientes submetidas à mastectomia, demonstrando que as pacientes do presente estudo, submetidas à cirurgia mais invasiva, apresentaram melhor qualidade de vida, e de saúde global após cirurgia, comparadas às pacientes submetidas à cirurgia menos invasiva, conservadora, contrariando a hipótese de que as mulheres submetidas à cirurgia conservadora por câncer de mama são mais prováveis de apresentar melhor qualidade de vida e saúde após cirurgia, comparadas às submetidas à mastectomia.

Quanto à correlação dos domínios dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23, das pacientes submetidas à cirurgia conservadora com a escala do estado global de saúde e qualidade de vida (QLQ C-30), verificou-se que os domínios que apresentaram correlação estatisticamente significativa foram: função física, desempenho de papéis, função emocional, função social, fadiga, dor, insônia, perda de apetite, diarreia, dificuldade financeira, eventos adversos da terapia sistêmica e sintomas do braço. Já a correlação dos domínios de ambos os questionários no grupo das pacientes submetidas à mastectomia, que se apresentaram

estatisticamente significativos foram: função emocional, insônia, dificuldade financeira e imagem corporal.

Dessa forma, pôde-se concluir que tanto a mastectomia como a cirurgia conservadora afetaram e interferiram em diversos domínios da qualidade de vida das mulheres do presente estudo, o que ressaltou a importância do cuidado integral prestado por todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência à mulher acometida por câncer de mama, independente da modalidade cirúrgica submetida.

Ainda, acredita-se que os resultados apresentados no presente estudo possam contribuir para auxiliar na elaboração de estratégias e propostas terapêuticas, para melhor interpretação e compreensão das possíveis limitações físicas e emocionais apresentadas após cirurgia, bem como, na discussão e aprimoramento de políticas de saúde relacionadas ao câncer mamário e seus tratamentos.

Contudo, considerando ser importante compreender as experiências vivenciadas pelas pacientes submetidas à tratamentos cirúrgicos por câncer de mama, propõe-se a realização de estudos futuros com abordagem qualitativa que venham a complementar o presente estudo, para que se possa realizar uma análise mais profunda e abrangente dos possíveis comprometimentos na qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, abordando as estratégias utilizadas pelas mesmas para adaptação e enfrentamento desses comprometimentos, assim como, a realização de estudos prospectivos, que poderiam auxiliar no entendimento das possíveis mudanças na qualidade de vida das mulheres após cirurgia, que o decorrer do tempo poderá ocasionar.

REFERÊNCIAS

1. Borges ADVS, Silva EF, Toniollo PB, Mazer SM, Valle ERM, Santos MA. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Rev Psicol Estud.* 2006;11(2):361-9.
2. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2008 [acesso 26 Mar 2014]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793.
3. World Health Organization. World Cancer Report, 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2009.
4. Instituto Nacional de Câncer (BR). Tipos de câncer: câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.
5. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino americana. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2010 [acesso 1 Jul 2015];12(3):554-61. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm>.
6. Araújo IMA. O significado da comunicação na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: o olhar de quem cuida [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2006.
7. Araújo IMA, Fernandes AFC. Diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(4):664-71.
8. Instituto Nacional de Câncer (BR). Outubro Rosa: INCA e sociedade unidos pelo controle do câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013 [acesso 26 Mar 2014]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/outubro_rosa_inca_sociedade_unidos_pelo_controle_cancer_mama.
9. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>.
10. Inumaru LE, Silveira EA, Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(7):1259-70.
11. Instituto Nacional de Câncer (BR). Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Tratamento [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento.
12. Juan K. O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicol Hosp.* 2007;5(1):48-59.

13. Goldenberg M. Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicol Clin*. 2005;17(2):65-80.
14. Carvalho PCC. Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas [monografia]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2012.
15. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(1):49-58.
16. Bullinger M, Anderson R, Cella D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res*. 1993;(2):451-9.
17. Mathisen L, Andersen MH, Veenstra M, Wahl AK, Hanestad BR, Fosse E. Quality of life can both influence and be an outcome of general health perceptions after heart surgery. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(27): **doi:** 10.1186/1477-7525-5-27.
18. Majewski JM, Lopes ADF, Davoglio T, Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(3):707-16.
19. Vilhauer RP. A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. *Palliat Support Care*. 2008;6(3):249-58.
20. Salimena AMO, Campos TS, Melo MCSC, Magacho EJC. Mulheres enfrentando o câncer de mama. *Rev Min Enferm*. 2012;16(3):339-47.
21. Menezes NNT, Schulz VL, Peres RS. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud Psicol*. 2012;17(2):233-40.
22. Ramos WSR, Sousa FS, Santos TR, Silva Jr WR, França ISX, Figueiredo GCAL. Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. *J Health Sci Inst*. 2012;30(3):241-8.
23. Simeão SFAP, Landro ICR, De Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, De Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(3):779-88.
24. Eberhardt AC. Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama [dissertação]. Porto. Universidade do Porto; 2014.
25. Instituto Nacional de Câncer (BR). O que é Câncer? [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.
26. Adami H, Hunter D, Trichopoulos D. Textbook of cancer epidemiology. 2a ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
27. Abreu KC, Vieira Jr LAS. Microarrays no carcinoma mamário: aspectos genéticos. *Rev Med*. 2010;89(2):101-5.

28. Instituto Nacional de Câncer (BR). Detecção precoce do câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1932.
29. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.
30. Internacional Agency for Research on Cancer. Monographs of carcinogenic risks to humans and handbooks of cancer prevention. Lyon: IARC; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Publications/OrganSitePoster.pdf>.
31. World Cancer Research Fund. American Institute for Cancer Research. Continuous update project report: food, nutrition physical activity, and the prevention of breast cancer. Washington: AICR; 2010.
32. Anothaisintawee T1, Wiratkapun C, Lerdsitthichai P, Kasamesup V, Wongwaisaywan S, Srinakarin J, et al. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Public Health*. 2013;25(5):368-87.
33. Internacional Agency for Research on Cancer. List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans [Internet]. Lyon: IARC; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. v. 1-103 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/Table4.pdf>.
34. Instituto Nacional de Câncer (BR). Câncer de mama: sintomas [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/sintomas>.
35. Instituto Nacional de Câncer (BR). Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Prevenção [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/prevencao.
36. Instituto Nacional de Câncer (BR). Sumário Executivo. Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil. Alimentos, nutrição e atividade física [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2009 [acesso 27 Mar 2014]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/politicas_acoes_prevencao_cancer_no_brasil.pdf.
37. World Health Organization. Cancer Control: Knowledge into action: WHO guide for effective programmes. Geneva: WHO; 2007.
38. Feig SA. Screening mammography: a successful public health initiative. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20(2-3):125-33.
39. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004. [acesso 27 Mar 2014]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

40. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [acesso 27 Mar 2014]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf.
41. Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e do colo do útero em mulheres brasileiras. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2005 [acesso 27 Mar 2014];27(11):656-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
42. Sampaio ACP. Mulheres com Câncer de Mama: Análise Fundamental do Comportamento Pós- Mastectomia [dissertação]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2006.
43. Costa IMM. Mulheres mastectomizadas. Acesso à informação e aprendizagem de capacidades [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem; 2011.
44. Salci MA, Sales CA, Marcon SS. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. Rev Enferm UERJ. 2009;17(1):46-51.
45. Vieira CP, Lopes MHB, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):311-6.
46. Valenzuela MLRG. Auto-imagem, auto-estima e relacionamento conjugal como dimensões da qualidade de vida de um grupo de mulheres mexicanas mastectomizadas: uma visão sociocultural [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2007.
47. Pereira SG, Rosenhein DP, Bulhosa MS, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):791-95.
48. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(5):2511-22.
49. Silva RCF, Hortale V. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 [acesso 27 Mar 2014];22(10):2055-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011.
50. Azevedo RF, Lopes RLM. Experience of breast cancer diagnosis and radical mastectomy: a phenomenology study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2006 [acesso 27 Mar 2014];5(1):15. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/137>.

51. Regis MF, Simões MFS. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2005 [acesso 27 Mar 2014];7(1):81-6. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_08.pdf.
52. Conceição LL, Lopes RLM. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Rev Enferm UERJ*. 2008;16(1):26-31.
53. Anjos ACY, Zago MMF. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [acesso 27 Mar 2014];14(1):33-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
54. Carvalho CSU. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Rev Bras Cancerol*. 2008;54(1):87-96.
55. Stolagli VP, Evangelista MRB, Camargo OP. Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortop Bras*. 2008;16(4):242-6.
56. Raveis VH, Pretter S. Existential plight of adult daughters following their mother's breast cancer diagnosis. *Psychooncology*. 2005;14(1):49-60.
57. Souza MGG, Espírito Santo FH. O olhar que olha o outro...um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. *Rev Bras Cancerol*. 2008;54(1):31-41.
58. Pinho LS, Campos ACS, Fernandes AFC, Lobo SA. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. *Rev Eletron Enferm* [Internet]. 2007 [acesso em 2014 mar 26];9(1):154-65. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm>.
59. Dias EM, Caleffi M, Silva HMS, Figueira Filho AAS. *Mastologia atual*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1994.
60. Donegan WL, Spratt WL. *Câncer of the breast*. 4a ed. Philadelphia: Saunders; 1995.
61. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-Year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347(16):1227-32.
62. Hermann RE, Steiger E. Modified radical mastectomy. *Surg Clin North Am*. 1978;58(4):746-54.
63. Madden JL. Modified radical mastectomy. *Surg Gynecol. Obstet*. 1965;121(6):1221-30.
64. Forones NM, Jesus-Garcia Filho R, Tadokoro H, Freire CAR. *Guia de oncologia*. Barueri: Manole; 2005.
65. Instituto Nacional de câncer (BR). *Orientações às pacientes mastectomizadas*. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=108.

66. Marta GN, Hanna SA, Martella E, Silva JLF, Carvalho HA. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(4):468-74.
67. Tiezzi DG. Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(8):428-34.
68. Piato S. Diagnóstico e terapêutica em mastologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2004.
69. Franco JM. Mastologia: formação do especialista. São Paulo: Atheneu; 1997.
70. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(3):124-33.
71. Bergamann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do hospital do câncer III, INCA. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(1):97-109.
72. International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy - Classification of Chronic Pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2a ed. Seattle: IASP Press; 1994.
73. Monteiro SE. Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama. In: Baracho E. Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecológica e aspectos de mastologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
74. Bruges MLBMP. Mastectomia e autoconceito. Porto: Lusociência; 2007.
75. Almeida RA. Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Rev SBPH*. 2006;9(2):99-113
76. Freire CA, Massoli SE. A assistência de Enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico [monografia]. Batatais: Centro Universitário Claretiano; 2006.
77. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
78. Hesketh PJ. Drug therapy: chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med*. 2008;358:2482-94.
79. Mohallem AGC, Rodrigues AB. Enfermagem oncológica. Barueri: Manole; 2007.
80. Ewald F, Danielski K. Cuidado de enfermagem diante do diagnóstico de câncer de mama. *RIES*. 2013;2(1):58-78.
81. Mineo FLV, Matos LFB, Lima SS, Deluque AL, Ferrari R. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. *Rev Eletron Gestão Saúde [Internet]*. 2013 [acesso 27 Mar 2014];4(2):366-88. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/279>.

82. Santos MCL, Sousa FS, Alves PC, Bonfim IM, Fernandes AFC. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(4):675-78.
83. De Lorenzi DRS. Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2008 [acesso 1 Jul 2015];30(3):103-06. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000300001&lng=en&nrm=iso.
84. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
85. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *J Am Med Assoc.* 1994;272(8):619-26.
86. Ferraz AMN. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
87. Pimentel F. *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina; 2006.
88. Ferrans C. Advances in measuring quality-of-life outcomes in cancer care. *Semin Oncol Nurs.* 2010;26(1):2-11.
89. Bech P. Quality of life measurements for patients taking which drugs?. The clinical PCASEE perspective. *Pharmacoeconomics.* 1995;7(2):141-51.
90. Araújo IMA, Fernandes AFC. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(4):664-71.
91. Caetano EA, Gradim CAC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(2):257-61.
92. Fangel LMV, Panobianco MS, Kebbe LM, Almeida AM, Gozzo TO. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paul Enferm.* 2018; 26(1):93-100.
93. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1991.
94. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [acesso 1 Jul 2015];15(3):502-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
95. Oliveira SL. *Tratado de Metodologia Científica. Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. 2a ed. São Paulo: Editora Pioneira Thomson; 1999.
96. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

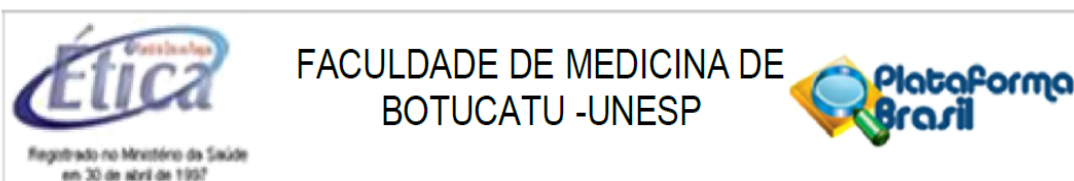
97. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Sci Med*. 2007;17(4):229-32.
98. Universidade Estadual Paulista. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. Botucatu: Unesp; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/>.
99. Silva MFA, Oliveira LMRD, Socorro MM. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013 [acesso 1 Jul 2015];16(2):352-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200352&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>.
100. Michels FA, Latorre MR, Maciel MS. Validation, reliability and comprehension of the IBCSG quality of life questionnaire specific to breast cancer. *Appl Cancer Res*. 2010;30(4):348-52.
101. Vockins H. Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004;13(1):45-52.
102. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring manual. 3a ed. Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
103. Evangelista AL. Verificar a associação entre o nível de atividade física e qualidade de vida em mulheres com câncer de mamas tratadas com intuito de cura [tese]. São Paulo: Fundação Antonio Prudente; 2012.
104. Vendrusculo LM. Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2011.
105. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Diário Oficial da União. 13 Jun 2013 [acesso 18 Ago 2013]. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/home/pesquisa/ComitedeEticaempesquisa-novo/resoluo-n-466-cns.pdf>.
106. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Departamentos Regionais de Saúde. DRS IV Bauru [Internet]. 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-vi-bauru>.
107. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/>.
108. Presidência da República (BR). Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.664, de 29 de Abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília; 2008 [acesso 1

- Jul 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111664.htm.
109. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.253, de 12 de Novembro de 2013. Altera atributos de procedimentos na Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1253_12_11_2013.html.
 110. Instituto Nacional de Câncer (BR). Começar a fazer mamografias antes dos 50 anos pode aumentar o risco de exames com resultados falso-positivos [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2013. [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/comunicacaoinformacao/site/home/namidia/comecar_fazer_mamografias_antes_dos_50_anos_pode_aumentar_risco_exames_resultados_falso_positivos.
 111. Instituto Nacional de Câncer (BR). Dicas para se proteger do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso 1 Jul 2015]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=22.
 112. Luini A, Gatti G, Ballardini B, Zurrida S, Galimbert V, Veronesi P, et al. Development of axillary surgery in breast cancer. *Ann Oncol*. 2005;16:259-62.
 113. Instituto Nacional de Câncer (BR). Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2012 [acesso 2 Jul 2015]. Disponível em: http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Mama_2012.pdf.
 114. Silva MP, Derchain SF, Rezende L, Cabello C, Martinez EZ. Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90 no pós-operatório. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(2):125-30.
 115. Amaral MT, Teixeira LC, Derchain SF, Nogueira MD, Silva MP, Gonçalves AV. Orientação domiciliar: proposta de reabilitação física para mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama. *Rev Cienc Med*. 2005;14(3):405-13.
 116. Nascimento SL, Oliveira RR, Oliveira MMF, Amaral MTP. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter Pesqui*. [Internet]. 2012 [acesso 1 Jul 2015];19(3):248-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502012000300010&lng=en&nrm=iso.
 117. Baptista MN, Dias RR. Psicologia hospitalar: teoria aplicações e casos clínicos. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
 118. Dellve L, Samuelsson L, Tallborn A, Hallberg LRM. Stress and well-being among parents of children with rare diseases: A prospective intervention study. *J Adv Nurs*. 2006;53(4):392-402.

119. King GA, Zwaigenbaum L, King S, Baxter D, Rosenbaum P, Bates A. A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or Down syndrome. *Child Care Health Dev.* 2006;32(3):353-69.
120. Silva G, Santos MA. "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(3):561-8.
121. Scannavino CSS, Sorato DB, Lima MP, Franco AHJ, Martins MP, Morais Jr JC, et al. Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicol USP.* 2013;24(1): 35-53.
122. Santos KKL. Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia total e parcial em Sergipe [dissertação]. Sergipe: Universidade Tiradentes; 2009.
123. Rebelo V, Rolim L, Carqueja E, Ferreira S. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicol Saúde Doenças.* 2007;8(1):13-32.
124. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo Jr I, Veiga Filho J, Juliano Y, et al. Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010;(1):51-7.
125. Bezerra KB, Silva DSM, Chein MBC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(7):1933-41.
126. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(2):61-7.
127. Ferreira DB, Farago PM, Reis PED, Funghetto SS. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(3):536-44.
128. Caetano EA, Gradim CVC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(2):257-61.
129. Riba JPC. O sentido da experiência de duas mulheres mastectomizadas: uma investigação fenomenológica [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia Fenomenológico - Existencial; 2008.
130. Trill MD, Goyanes AD. El cáncer de mama. In: Trill M. *Psico-Oncologia*. Madrid: ADES Ediciones; 2003.
131. Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: the Iowa Women's Health Study. *J Clin Oncol.* 2008;(26):5689-96.

132. Velloso FSB, Barra AA, Dias RC. Morbidade de membros superiores e Qualidade de vida após a biópsia de linfonodo sentinela para o tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2009;55(1):75-85.
133. Alegrance FC, Souza CB, Mazzei RL. Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama. *Rev Bras Cancerol.* 2010;6(3):341-51.
134. Barbosa RCM, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(1):18-24.
135. Mota PCAM. Fadiga em doentes com câncer colo-retal: fatores de risco e preditivos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
136. Carpenter JS1, Elam JL, Ridner SH, Carney PH, Cherry GJ, Cucullu HL. Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. *Oncol Nurs Forum.* 2004;31(3):5591-8.
137. Enblom A, Bergius AB, Steineck G, Hammar M, Börjeson S. One third of patients with radiotherapy-induced nausea consider their antiemetic treatment insufficient. *Support Care Cancer.* 2009;17(1):23-32.
138. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Hölzel D. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *Breast J.* 2004;10(3):223-31.

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia

Pesquisador: TALITA MAYARA ROSSI LEMOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28697814.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 607.171

Data da Relatoria: 07/04/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de abordagem quantitativa com objetivo geral de analisar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que foram submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Os sujeitos deste estudo serão mulheres, que foram submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, encaminhadas para *follow up* no Centro de Saúde Escola (CSE -UNESP), Centro de Saúde Vila Ferroviária(UNESP) e no Ambulatório de Ginecologia do HC- UNESP.

A seleção do local justifica-se pelo grande número de mulheres com câncer de mama que o serviço atende, e que são submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia como tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Analisar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que foram submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia.

ESPECÍFICOS: Identificar a repercussão na qualidade de vida de mulheres em diferentes faixas etárias após cirurgia por câncer de mama.

Comparar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU -UNESP



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: sentimentos negativos gerados pela recordação de situações e dificuldades vivenciadas no pós-operatório de cirurgia conservadora e/ou mastectomia. Caso isso ocorra, a entrevistada poderá interrompê-la quando quiser, solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, antes e durante a pesquisa e interromper sua participação em qualquer fase,

sem qualquer penalização danos pessoais ou prejuízo.

Benefícios: Quanto aos benefícios, espera-se que os resultados possam favorecer uma qualidade de vida para as mulheres portadoras de câncer de mama, tanto para as participantes deste estudo, como para outras. Consideramos também que ao narrar suas experiências pós-cirúrgicas, poderá ser estabelecido uma relação terapêutica com a mulher, gerando um benefício imediato para as mesmas. Ainda como benefício, apontamos a busca de conhecimento que a enfermagem, juntamente com outros profissionais também responsáveis pela reabilitação da mulher, podem colocar em prática

e assim contribuir para melhorar a assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa para obtenção do título de mestrado. Sob a orientação da Profa. Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira. Com fundamentação científica.

Critério de Inclusão: mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas a cirurgias conservadoras e mastectomia com e sem dissecação axilar, no mínimo de um e no máximo de dois anos, não apresentar metástases ou doença ativa, ter terminado o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico há até um ano, residentes em Botucatu ou nos municípios atendidos pela UNESP que são referenciados via DRS VI.

Critério de Exclusão: mulheres que apresentarem déficits cognitivos que possam impedir o entendimento do estudo, qualquer limitação que impossibilite a entrevista, problemas ou históricos de alterações ortopédicas importantes anteriores a cirurgia, deficiência visual e todos os aspectos que não contemplem o critério de inclusão. Financiamento próprio. Custo: R\$ 200,00. Duração: Início junho de 2014; término: julho de 2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de rosto devidamente assinada pela Diretora da FMB.

Declaração de Compromisso.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

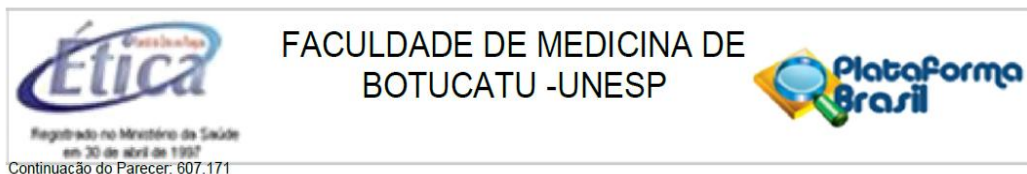
UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



TCLE em forma de convite e bastante claro.

Apresenta também os tês questionários que serão utilizados para coleta de dados.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO em reunião do CEP de 07/04/2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao final do projeto é necessário enviar o Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 07 de Abril de 2014

**Assinador por:
Trajano Sardemberg
(Coordenador)**

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Terminologia obrigatória em atendimento a resolução 466/12-cns-ms)

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “**Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora e mastectomia**”, que pretende analisar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que foram submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia.

A senhora foi selecionada a participar desta pesquisa por ter sido submetida à cirurgia conservadora e/ou mastectomia. Sabe-se que a neoplasia mamária é uma doença grave e com sérios comprometimentos da qualidade de vida da mulher, porém quando descoberta em fase inicial apresenta grande chance de cura, e de conviver com a doença com uma boa qualidade de vida. Sendo assim, ações voltadas para promoção de saúde proporcionam uma melhora na qualidade de vida e reduzem possíveis complicações no pós-operatório.

A pesquisa ocorrerá por meio da utilização dos seguintes instrumentos específicos: formulário para caracterização da população e questionários *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23). O trabalho será realizado sob a responsabilidade de Talita Mayara Rossi Lemos, enfermeira, mestranda do programa de pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP e sob orientação da professora Doutora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira.

A seleção das mulheres será inicialmente por meio da busca dos prontuários junto ao sistema de informação do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu. Após, serão selecionadas aquelas que realizam seguimento pós cirurgia no ambulatório de Ginecologia da UNESP. A coleta ocorrerá no ambulatório de Ginecologia e Mastologia da Unesp. As

pacientes serão convidadas a participar da pesquisa e caso aceite, serão aplicados os instrumentos de caracterização e qualidade de vida.

Caso a senhora não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir no meu tratamento, assistência e atendimento médico. A senhora poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome, imagem, resultado de exame ou doença, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

A senhora receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, a senhora poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Talita Mayara Rossi Lemos. Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Orientadora: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, Departamento de Enfermagem,
Distrito de Rubião Jr, s/n, Botucatu Fone: (14) 3880-1304. E-mail: malusa@fmb.unesp.br

Pesquisadora: Talita Mayara Rossi Lemos, Rua Narciso Pavan, 179, Botucatu Fone: (14) 9
9147-0381. E-mail: italemos@yahoo.com.br

APÊNDICE B**Formulário de caracterização da pesquisa****Informações referentes à paciente**

Data da entrevista: ____/____/____

Nome da paciente _____

Cadastro: _____ Procedência: _____

1- Tipo de Cirurgia: mastectomia () conservadora () mastectomia e conservadora ()

2- Mama operada: direita () esquerda () bilateral ()

3- Dissecção axilar: não () sim ()

4- Presença de linfedema: não () Sim ()

5- Reconstrução/prótese mamária: não () sim ()

6- Realizou quimioterapia: não () sim (). Se sim, antes ou após cirurgia?
_____ Quantos ciclos foram realizados? _____

Data do término da Quimioterapia: _____

7- Realizou radioterapia: não () sim (). Se sim, antes ou após a cirurgia? _____

Quantos ciclos foram realizados? _____ Data do término da
radioterapia: _____

8- Hormonioterapia: não () sim (). Se sim, antes ou após a cirurgia? _____

Ainda faz uso de hormonioterapia? não () sim (). Se sim, qual? _____

9- Data da cirurgia: ____/____/____

10- Data do diagnóstico do câncer: _____ Data início do tratamento: _____

11- Data de nascimento: ____/____/____ Idade no diagnóstico: _____ Idade atual:

12- Escolaridade: ensino fundamental () ensino médio () ensino superior ()

13- Possui companheiro de relacionamento? () não () sim

14- Profissão: Antes da cirurgia não () sim (). Se sim, qual?_____

Profissão após cirurgia não () sim (). Se sim, qual?_____

No momento está trabalhando: não () sim () Se sim, com qual profissão?_____

15- Renda: sem renda () 1-2 salários mínimos () mais de 2 salários mínimos ()

16- Religião: não () sim ()

17- Tem ou teve alguma comorbidade além do câncer de mama,antes ou após a cirurgia, ou outro tipo câncer, ou histórico pessoal de câncer de mama? não () sim (). Se sim, qual (is)?

18- Moradia: própria () não própria ()

19- Realizou fisioterapia após a cirurgia? não () sim (). Se sim, por quanto tempo?
_____ Ainda realiza? não () sim ()

20- Recebeu algum atendimento psicológico após a cirurgia? não () sim (). Se sim, por quanto tempo? _____ Ainda recebe? não () sim ()

Potenciais de adoecimento

21- Cor da pele autorreferida: _____

22- Fumante: não () sim (). Se sim, há quanto tempo?_____ Antes ou após o diagnóstico do câncer de mama? _____

23- Ingestão de bebida alcoólica: não () sim (). Se sim, há quanto tempo?
_____Antes ou após o diagnóstico de câncer de mama?

24- Idade na menarca: _____

25- Tem filhos? não () sim (). Se sim, quantos?_____ Qual sua idade, quando teve seu primeiro filho? _____ Amamentou?_____ Se sim, por quanto tempo?_____

26- Antes do diagnóstico do câncer, fazia uso de anticoncepcional ou reposição hormonal?

não () Sim (). Se sim, por quanto tempo? _____

27- Menopausa: não () sim (). Se sim, antes ou após o diagnóstico? _____

28- Antes do diagnóstico, realizava atividade física regular? não () sim (). Se sim, qual? e com que periodicidade? _____

29- Possui histórico de câncer de mama na família? não () sim (). Se sim, quem? _____

30- Antes do diagnóstico realizava mamografia? não () sim (). Se sim, com que periodicidade? _____

31- Teve algum sintoma na mama antes do diagnóstico? não () sim (). Se sim, qual(is)? _____

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO EORTC QLQ C-30

	Não	Um	Moderadamente	Muito
		pouco		
1- Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo, carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2- Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	1	2	3	4
3- Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4- Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5- Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana		pouco	damente	
6- Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7- Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8- Teve falta de ar?	1	2	3	4
9- Tem tido dor?	1	2	3	4
10- Precisou repousar?	1	2	3	4
11- Tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12- Tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4

13- Tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14- Teve se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15- Tem vomitado?	1	2	3	4
16- Tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17- Tem tido diarreia?	1	2	3	4
18- Esteve cansado?	1	2	3	4
19- A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20- Tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21- Se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22- Esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23- Se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24- Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25- Tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26- A sua condição física ou o tratamento medico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27- A sua condição física ou o tratamento medico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28- A sua condição física ou o tratamento medico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo ao redor do número entre 1 a 7, que melhor se aplica a você.

29- Como você classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

Péssimo

Ótimo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

30- Como você classificaria a sua qualidade de vida geral durante a última semana?

Péssimo

Ótimo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

QUESTIONÁRIO EORTC QLQ BR-23

Durante a semana passada	Não	Um pouco	Moderada mente	Muito
31- Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
32- O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do habitual	1	2	3	4
33- Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
34- Teve queda de cabelo	1	2	3	4
35- Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
36- Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37- Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
38- Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
39- Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
40- Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
41- Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4

42- Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo? 1 2 3 4

43- Sentiu-se preocupado(a) com sua saúde futura? 1 2 3 4

44- Até que ponto sentiu desejo sexual? 1 2 3 4

45- Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais) / (com ou sem relação sexual)? 1 2 3 4

46- Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você? 1 2 3 4

Durante a última semana **Não** **Um pouco** **Moderada mente** **Muito**

47- Sentiu dores no braço ou ombro? 1 2 3 4

48- Sentiu seu braço ou sua mão inchados? 1 2 3 4

49- Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço? 1 2 3 4

50- Sentiu dores na área de seu seio doente? 1 2 3 4

51- Sentiu a área de seu seio doente inchada? 1 2 3 4

52- Sentiu a área de seu seio doente 1 2 3 4

demasiado sensível?

53- Sentiu problemas de pele ou na 1 2 3 4

área do seio doente (comichão, pele

seca, escamosa)?

ANEXO 3**AUTORIZAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS EORTC QLQ C-30 E BR23**

-----Original Message-----

From: <qlqc30@eortc.be>

To: <malusa@fmb.unesp.br>

Date: Thu, 8 May 2014 19:12:51 +0200

Subject: QLQ-C30 download request from Maria de Lourdes Silva Marques Ferreira

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Dr

Firstname: Maria de Lourdes

Lastname: Silva Marques Ferreira

Hospital/Institution: University - UNESP - Faculty of Medicine

Address: João de Oliveira, 440

County/State: São Paulo

Postal Code: 18610010

Country: Brazil

Phone: 14996366175

Fax:

Email: malusa@fmb.unesp.br

Protocol: EORTC QLQ - C30

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

Breast Module (BR23) in Portuguese

Breast Module (BR23) in Portuguese

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

QLQ-C30 Scoring Manual

Scoring Instructions: Breast BR23

URLs:

<http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20Portuguese.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/BR23/BR23%20Portuguese.pdf>

[http://www.eortc.be/qol/files/BR23/BR23%20Portuguese%20\(Brazil\).pdf](http://www.eortc.be/qol/files/BR23/BR23%20Portuguese%20(Brazil).pdf)

<http://www.eortc.be/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>

<http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/BR23_summary.pdf

If the links don't work, you can copy and paste the entire URL (so with .pdf included) into your browser and that should work. If you are having other technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

ANEXO 4

Fórmulas para cálculo dos escores dos questionários EORTC QLQ C-30 e BR-23

Quadro 1- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário EORTC-QLQ C-30.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mínimo	Máximo	Amplitude
Saúde Global/QV	29 e 30	$\{ \{ [(Q_{29}+Q_{30}) / 2]-1 \} / 6 \} * 100$	1	7	6
Funcional	1 a 7, 20 a 27	$\{ 1 - \{ \{ [(Q_1+Q_2+Q_3+...+Q_7+Q_{20}+Q_{21}+Q_{22}+...+Q_{27}) / 15]-1 \} / 3 \} \} * 100$	1	4	3
Sintomas	8 a 19, 28	$\{ \{ [(Q_8+Q_9+Q_{10}+...+Q_{16}+Q_{17}+Q_{18}+Q_{19}+Q_{28}) / 13]-1 \} / 3 \} * 100$	1	4	3

(Evangelista, 2012).

Quadro 2- Fórmulas para cálculo dos escores do questionário EORTC-BR23.

Escala	Questões	Fórmulas	Valores da soma dos escores		
			Mínimo	Máximo	Amplitude
Funcional	39 a 46	$\{ 1 - \{ \{ [(Q_{39}+Q_{40}+Q_{41}+Q_{42}+Q_{43}+Q_{44}+Q_{45}+Q_{46}) / 8]-1 \} / 3 \} \} * 100$	1	4	3
Sintomas	31 a 38 e 47 a 53	$\{ \{ [(Q_{31}+Q_{32}+Q_{33}+Q_{34}+Q_{35}+...+Q_{38}+Q_{47}+Q_{48}+...+Q_{53}) / 15]-1 \} / 3 \} * 100$	1	4	3

(Evangelista, 2012).

ANEXO 5

Interpretação dos escores do EORTC QLQ C-30 e BR-23

Quadro 3: Interpretação dos escores do EORTC QLQ C-30 versão 3.0.

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Escala: Medida global de saúde/Qualidade de vida (QV)					
Domínio: MGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e QV ruim	Condição física e QV excelente
Escala Funcional					
Domínio: Função Física	1 a 5	5	3	Confinado à cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldade
Domínio: Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou no lazer
Domínio: Função Emocional	21 a 24	4	3	Sente-se muito irritado, tenso, deprimido e preocupado	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado
Domínio: Função Cognitiva	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações	Não apresenta dificuldade de concentração e memória

Domínio: Função Social	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais
Escala de sintomas					
Domínio: Fadiga	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo
Domínio: Náusea e vômito	14 e 15	2	3	Não apresenta náusea ou vômito	Sente-se muito nauseado e vomita muito
Domínio: Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor	Apresenta muita dor que interfere em todas as atividades
Domínio: Dispneia	8	1	3	Não apresenta dispneia	Apresenta dispneia severa
Domínio: Insônia	11	1	3	Não apresenta dificuldades para dormir	Não consegue dormir
Domínio: Perda de apetite	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa

Domínio: Constipação	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa
Domínio: Diarreia	17	1	2	Sem diarreia	Diarreia severa
Dificuldade Financeira					
Domínio: Dificuldade Financeira	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras

*Diferenças entre a maior e a menor resposta possível para cada item.
(Vendrusculo, 2011).

Quadro 4: Interpretação dos escores EORTC QLQ-BR23 versão 3.0

Escala	Questão	Item	Nível*	Escore mínimo	Escore máximo
Escala Funcional					
Imagem corporal	39 a 42	4	3	Sente-se menos bonita e menos mulher devido à doença ou tratamento	Sente-se bonita e mulher mesmo com a doença ou com o tratamento
Domínio: Função sexual	44 e 45	2	3	Não sentiu desejo e não foi sexualmente ativa	Sentiu desejo e foi sexualmente ativa

Domínio: Satisfação sexual	46	1	3	Sexo não foi satisfatório	Sexo foi muito satisfatório
Domínio: Perspectivas futuras	43	1	3	Sente-se muito preocupada com as perspectivas futuras	Não se preocupa com as perspectivas futuras
Escala de sintomas					
Domínio: Eventos adversos da terapia sistêmica	31 a 34, 36 a 38	7	3	Não apresentou eventos adversos à terapia sistêmica	Apresentou pelo menos um evento adverso à terapia sistêmica
Domínio: Sintomas da mama	50 a 53	4	3	Não sentiu dor ou alterações na mama doente	Sentiu muita dor e/ou alterações na mama doente
Domínio: Sintomas do braço	47 a 49	3	3	Não sentiu dor, inchaço ou dificuldade em movimentar o braço	Sentiu muita dor, inchaço e/ou dificuldade em movimentar o braço
Domínio: Perda dos cabelos	35	1	3	Não se perturbou com a queda dos cabelos	Apresentou-se muito perturbada com a queda dos cabelos

*Diferenças entre a maior e a menor resposta possível para cada item.
(Vendrusculo, 2011).