

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por
neoplasia mamária**

Rinede Luís Manfredini

Passo Fundo

2019

Rinede Luís Manfredini

Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por neoplasia mamária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:
Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo

2019

CIP – Catalogação na Publicação

M276q Manfredini, Rinede Luís
Qualidade de vida e autoestima em mulheres
mastectomizadas por neoplasia mamária / Rinede Luís
Manfredini. – 2019.
116 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.
Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2019.

1. Envelhecimento. 2. Mastectomia. 3. Mamas - Câncer.
4. Amor próprio nas mulheres. 5. Qualidade de vida.
I. Pasqualotti, Adriano, orientador. II. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por neoplasia mamária”

Elaborada por

RINEDE LUÍS MANFREDINI

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovado em: 11/01/2019
Pela Banca Examinadora


Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Orientador e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH


Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Profa. Dra. Daniela Cristina Miyagaki
Universidade de Passo Fundo – UPF/PPGEH


Profa. Dra. Maiara Bordignon
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI


Prof. Dr. Juliano Sartori
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres com câncer de mama que participaram e colaboraram com a pesquisa objeto de construção desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser meu guia no dia a dia, por permitir que eu exista, e tenha desenvolvido esta pesquisa.

Aos meus pais por terem me gerado e educado durante minha trajetória desde o nascimento até os dias atuais.

À minha esposa Cibele, que sempre esteve comigo nesta caminhada, me incentivando para vencer cada desafio, cada dificuldade, não deixando desistir, mesmo quando estava exausto. Meu porto seguro nos momentos felizes e tristes, sempre disposta a compartilhar comigo nossa vida, nossos desafios e conquistas.

Ao meu filho Luís Henrique, fruto do nosso relacionamento de 35 anos, que veio preencher todos os nossos espaços, de uma maneira peculiar a ele, carinhoso, com personalidade firme e decidida, que observa nos pais esta busca de especialização, conhecimento e diferenciação profissional, um diferencial que influencia em seus estudos.

À Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, que disponibilizou suas instalações e prontuários para que pudesse desenvolver esta pesquisa.

Às mulheres, que apesar de terem que enfrentar a doença grave de tiveram, o câncer de mama, se dispuseram a participar da pesquisa, com o intuito de ajudar outras mulheres com a mesma doença.

Ao meu orientador, professor de caráter ilibado, que nunca se omitiu em qualquer solicitação minha, e, através de seus conhecimentos tornou a minha pesquisa muito mais tranquila e prazerosa.

À Sra. Rita De Marco, secretária do PPGEH da UPF, que sempre esteve disposta e receptiva a ajudar nas dificuldades encontradas por nós mestrandos, sempre solícita e disponível.

EPIGRAFE

A persistência é o menor caminho do êxito.

Charles Chaplin

RESUMO

MANFREDINI, Rinede Luís. **Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por neoplasia mamária**. 116 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2019.

O objetivo geral foi avaliar a influência da cirurgia mastectomia radical modificada no tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e autoestima de mulheres que não realizaram reconstrução de mama. O estudo é do tipo transversal, descritivo analítico, quantitativo. Foram enviados questionários a 375 mulheres que realizaram cirurgia de mastectomia radical modificada, no município de Erechim/RS, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2016, sendo incluídas na pesquisa 62 mulheres, após critérios de exclusão, dentre os quais: morte, preenchimento incorreto dos dados, não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o não retorno do questionário. Os dados de identificação foram obtidos no prontuário eletrônico da Unidade de Assistência de Alta Complexidade desta cidade (UNACON), após autorização expressa da direção da instituição. Todas as mulheres realizaram mastectomia radical modificada pelo Sistema Único de Saúde e não realizaram reconstrução de mama e responderam aos questionários para a coleta de dados. Os documentos foram enviados por correspondência através do Correios, com um primeiro envelope contendo carta convite assinada pela direção da Fundação Hospitalar Santa Terezinha para participar da pesquisa. Em aceitando, haviam outros dois envelopes que constavam de um teste de qualidade de vida WHOQOL-bref e Escala de autoestima de Rosenberg, juntamente com o questionário elaborado para caracterização socioeconômica da população estudada. Os dados foram analisados por meio da linguagem R 3.3.2. Para analisar os efeitos foram utilizados os seguintes testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. O nível de significância definido para rejeição de H_0 foi $\sigma = 0,05$. A principal contribuição deste trabalho foi que a mastectomia mamária sem RM não apresentou significância estatística no que se refere a QV, entretanto 9 de cada 10 mulheres não tinham conhecimento sobre a cirurgia e suas consequências, 8 de cada 10 mulheres perderam cabelos, e apenas uma entre cada três estavam satisfeitas com a QV. Significância estatística foi observada na QV em mulheres que apresentaram dor no ombro e dificuldade de movimentação, em todas as dimensões. Na autoestima, duas entre dez mulheres se apresentavam satisfeitas.

Palavras-chave: 1. Neoplasia de mama. 2. Mastectomia radical. 3. Mamoplastia. 4. Excisão de linfonodo. 5. Lesões do ombro.

ABSTRACT

MANFREDINI, Rinede Luís. **Quality of life and self-esteem in women mastectomy after mammary neoplasia**. 116 f. Dissertation (Masters in Human Aging) – University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2019.

The objective was to evaluate the influence of modified radical mastectomy surgery on the treatment of breast cancer in the quality of life and self-esteem of women who did not perform breast reconstruction. The research problem was to understand the influence of modified radical mastectomy on the quality of life and self-esteem of women with breast cancer. The study is cohort, descriptive and analytical. The study population consisted of 62 women who underwent radical modified mammary mastectomy surgery in the municipality of Erechim / RS, from January 2006 to January 2016. The identification data were obtained in the electronic medical record of the Emergency Care Unit High Complexity of this city. The data were obtained after express authorization from the management of the institution. All the women who underwent mastectomy by the Unified Health System answered the instruments and the data collection questionnaire. The documents are sent by post. To analyze the effects, from the WHOQOL-bref quality of life tests and Rosenberg's Self-esteem Scale, together with the questionnaire prepared for socioeconomic characterization of the studied population. The data is analyzed using the R language 3.3.2. To analyze the effects, the following Chi-square and Fisher's exact tests were used. The significance level set for rejection of H0 was $\sigma = 0.05$. The main contribution of this study was the description of the effects of modified radical mastectomy for the treatment of breast neoplasia, quality of life and self-esteem of women who did not perform breast reconstruction.

Key words: 1. Breast cancer. 2. Radical mastectomy. 3. Mammoplasty. 4. Lymphonode Excision. 5. Shoulder injuries.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Procedimentos hospitalares realizados pelo Sistema Único de Saúde, no período de 2010 a 2016, de mastectomia radical com linfadenectomia, mastectomia simples, setorectomia/quadrantectomia, setorectomia/quadrantectomia com esvaziamento ganglionar, por região do país. Brasil, 2016.....	18
Tabela 2 - Proporção entre reconstituições mamárias e cirurgias de câncer de mama, por região do país. Brasil, 2016.....	27
Tabela 3 - Características sociodemográficas, fatores de risco e perfil geral clínico das mulheres da amostra avaliada.	44
Tabela 4 - Percepções sobre a qualidade de vida e autoestima das mulheres avaliada. .	47
Tabela 5 - Relação entre faixa etária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	49
Tabela 6 - Relação entre anos completos de estudo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	51
Tabela 7 - Relação entre renda familiar, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	53
Tabela 8 - Relação entre situação conjugal, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	55
Tabela 9 - Relação entre IMC, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.....	57
Tabela 10 - Relação entre medicamento de uso contínuo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	59
Tabela 11 - Relação entre conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	61
Tabela 12 - Relação entre tempo de mastectomia mamária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	63
Tabela 13 - Relação entre perda de cabelo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	65
Tabela 14 - Relação entre dor no ombro, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	66
Tabela 15 - Relação entre classificação de dor, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	69

Tabela 16 - Relação entre dificuldade de movimentação, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.	71
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alopécia Aerata
AE	Autoestima
AIH	Autorização de internação hospitalar
CC	Circunferência da cintura
CM	Cancer de mama
CRM/RS	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
IMC	Índice de massa corporal
LS	Linfonodo Sentinela
MRM	Mastectomia radical modificada
QV	Qualidade de vida
RM	Reconstrução de mama
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade
WCRF	World Cancer Research Found

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1.	<i>Neoplasia mamária</i>	21
2.2.	<i>Reconstrução de mama</i>	26
2.3.	<i>Qualidade de vida e autoestima</i>	28
2.4.	<i>Alterações funcionais do membro superior associado ao esvaziamento ganglionar</i>	35
3	METODOLOGIA	38
3.1.	<i>Delineamento geral do estudo</i>	38
3.2.	<i>Local do estudo</i>	38
3.3.	<i>Amostra de estudo</i>	39
3.3.1.	Critérios de inclusão	39
3.3.2.	Critérios de exclusão	39
3.4.	<i>Procedimentos de coleta de dados</i>	39
3.5.	<i>Análises dos dados</i>	40
3.5.1.	Avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref	40
3.5.2.	Escala de Autoestima de Rosenberg	41
3.6.	<i>Considerações éticas</i>	42
3.7.	<i>Confiabilidade dos instrumentos utilizados</i>	42
4	RESULTADOS	44
5.	DISCUSSÃO	73
5	CONCLUSÕES	83
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXOS	96
Anexo A.	<i>Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref</i>	97
Anexo B.	<i>Escala de autoestima de Rosemberg</i>	101
Anexo C.	<i>Parecer CEP</i>	103
Anexo D.	<i>Solicitação e autorização assinada de execução da análise de dados.</i>	108
Apêndice A.	<i>Questionário de coleta de dados</i>	110
Apêndice B.	<i>Termo de consentimento livre e esclarecido</i>	114

1 INTRODUÇÃO

A incidência do câncer de mama vem aumentando progressivamente nas mulheres brasileiras e do mundo. São esperados 57.960 novos casos de mama no Brasil, no binômio 2018/2019, com uma mortalidade de 14.206. No Rio Grande do Sul são estimados 90,2 casos para cada 100 mil mulheres, a taxa maior no Brasil. No estado do Amapá, encontramos uma taxa de 14,9 para cada 100 mil mulheres. Estes dados podem ser utilizados para balizar políticas de saúde tanto na prevenção quanto nos programas de tratamento da neoplasia maligna. Mundialmente, o câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres e, no Brasil, ficando em segundo lugar, apenas atrás do câncer de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. Dado ao índice elevado de casos de câncer e de mortalidade, desperta interesse público tanto no seu tratamento, que consiste exclusivamente em cirurgia associada ou não à radioterapia e/ou quimioterapia, quanto na necessidade de reconstrução de mama após o tratamento cirúrgico, pois o tratamento leva, em grande parte, a mutilações mamárias nestas mulheres, por perda parcial ou total da mama (BRASIL, 2017b).

A mama possui muitas representações para a mulher, simboliza a feminilidade, objeto de desejo e satisfação sexual, podendo ser caracterizada como um dos primeiros laços entre mãe e bebê (SILVA et al., 2008; VIEIRA et al., 2007). O tratamento de escolha para o câncer de mama é cirúrgico, o que pode modificar este órgão feminino no que tange a sexualidade, feminilidade, podendo alterar a relação mãe e filho, em muitas situações de forma definitiva. Não dispomos, até a presente data, condições para evitar o aparecimento da doença. A determinação da mutação da oncogênese para o carcinoma de mama, como BRCA1 e BRCA2 estão sendo pesquisados. A positividade destes marcadores determina uma maior probabilidade de desenvolver o CM. Na positividade dos exames de BRCA 1 e 2, levaria a realização da mastectomia profilática bilateral sem a presença do câncer de mama com o intuito de prevenção do aparecimento da doença. Esta conduta ainda é controversa, pois a cirurgia pode provocar alterações na imagem corporal,

e na autoestima destas mulheres. Ocorrerão, em mulheres em idade fértil, perda da capacidade de amamentar sua prole. Outra proposta não cirúrgica, em pacientes com alto risco de desenvolver câncer de mama são: quimioterapia profilática e maior vigilância nos exames de imagem (RAZDAN et al., 2016).

A exposição a fatores biológicos, alimentares e radiações estão diretamente relacionados com o envelhecer e adoecer. O aumento na esperança de vida traz como uma das consequências o aumento da incidência de cânceres, dentre os quais o de mama. Os estudos sobre o tema (CHRISTENSEN et al., 2009) evidenciam o envelhecimento celular e o aparecimento das doenças. O câncer de mama proporciona a mulher vivenciar três etapas significativas no seu contexto: o recebimento do diagnóstico, que frequentemente gera um sentimento de natureza negativa; a realização de um longo e agressivo tratamento; e a aceitação de um corpo caracterizado por uma nova imagem, com cuja alteração poderá advir uma necessidade de aceitação e de convivência (PEREIRA et al., 2006; VIEIRA et al., 2007). Quando ocorre o diagnóstico do câncer de mama, surge um conflito emocional entre o real e o simbólico (SILVA et al., 2008; VIEIRA et al., 2007). O apoio e a disponibilidade por parte da equipe médica diminuem a ansiedade da mulher em relação ao seu diagnóstico e tratamento, melhorando sua condição emocional bem como seu bem-estar psicológico (ROSSI et al., 2003). Uma melhora na qualidade de vida no aspecto físico e psicológico é reflexo da assistência multiprofissional oferecida (CONDE et al., 2006).

Dentre as modalidades terapêuticas para o câncer de mama, a cirurgia ainda é a mais utilizada com o intuito de controle e cura da doença. A mastectomia, por seu caráter agressivo e traumatizante, modifica a vida e saúde da mulher, pois interfere em sua imagem corporal e sexualidade, com perda funcional que implica em limitações laborais, alterações psíquicas, emocionais e sociais, associadas à depressão e ansiedade

(TALHAFERRO et al., 2007). A experiência com o sentimento do medo da morte, em um primeiro momento, torna menos hostil a visão da mastectomia, pois torna-se menos impactante frente à gravidade da doença, que leva a morte muitas mulheres portadoras do CM. Embora a mastectomia leve a maior ansiedade para a mulher, ao mesmo tempo simboliza a possibilidade de cura (ALVES et al., 2010). Entretanto, em um segundo momento, sentimentos de medo de rejeição por parte da sociedade e do companheiro são despertados em mulheres que passam por uma cirurgia de mastectomia (PEREIRA et al., 2006). Em contraponto, no estudo de FERREIRA et al., 2011, há um consenso entre os parceiros de mulheres mastectomizadas de que não houveram alterações com a retirada da mama, visto que o importante para este grupo era a manutenção da vida da companheira (FERREIRA et al., 2011). No Brasil, face ao acesso precário a saúde em muitos locais, e aos serviços de diagnósticos do CM serem desaparelhados, os estadiamentos III e IV chegam a corresponder por cerca de 60% dos diagnósticos iniciais nas instituições que realizam o tratamento para o câncer de mama (SALES et al., 2001). Em virtude desse diagnóstico tardio, o número de mastectomias realizadas no Brasil ainda é alto (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006). A Tabela 1 o número de mastectomia radical, ou de outros tipos de procedimentos, realizados pelo SUS, no período de 2010 a 2016, por região do Brasil.

Tabela 1 - Procedimentos hospitalares realizados pelo Sistema Único de Saúde, no período de 2010 a 2016, de mastectomia radical com linfadenectomia, mastectomia simples, setorectomia/quadrantectomia, setorectomia/quadrantectomia com esvaziamento ganglionar, por região do país. Brasil, 2016.

Regiões	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Norte	1.554	1.411	1.172	1.181	1.255	1.301	992	8.866
Nordeste	8.012	8.010	8.156	6.749	6.507	5.941	5.993	49.368
Sudeste	12.306	11.941	12.249	8.840	8.046	7.230	7.209	67.821
Sul	5.263	4.407	4.420	2.981	2.897	2.937	2.848	25.753
Centro-Oeste	2.428	2.386	2.337	1.812	1.744	1.433	1.403	13.543
Total	29.563	28.155	28.334	21.563	20.449	18.842	18.445	165.351

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

Em relação à reconstrução mamária, mulheres mastectomizadas que a realizaram no mesmo ato operatório apresentam melhores escores médios de qualidade de vida quando comparadas a mulheres mastectomizadas que não passaram por esse procedimento (FURLAN et al., 2013; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; SIMEÃO et al., 2013a). Em consequência do aumento das taxas de detecção precoce e da melhoria dos tratamentos oferecidos, aproximadamente 50% das mulheres sobreviverão por, pelo menos, 15 anos após o diagnóstico de câncer de mama e deverão ajustar-se às sequelas da cirurgia (SIMEÃO et al., 2013). No que tange a qualidade de vida, o momento mais crítico são os primeiros meses após a cirurgia. Sendo recomendado que as intervenções que objetivam manter ou melhorar a qualidade de vida aconteçam ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico até a reabilitação (MAJEUSKI et al., 2012). O tratamento de escolha para esta doença é cirúrgico. Não dispomos, até a presente data, de condições para evitar o aparecimento da doença. O aumento na esperança de vida traz como consequências o aumento da incidência de cânceres, dentre os quais o de mama. Os

estudos sobre o tema (CHRISTENSEN et al., 2009) evidenciam o envelhecimento e doenças.

A reconstrução de mama (RM) visa atenuar o impacto da mastectomia mamária nas mulheres com câncer de mama. A mutilação pela perda da mama que representa sua sexualidade, representação social, associado a uma doença com potencial de morte ocasionam alterações sociais e psicológicas. A RM tem mostrado diversos benefícios a mulher, mas também complicações advindas ao procedimento cirúrgico como: hematomas, infecções pelos materiais aloplásticos utilizados, fenômenos tromboembólicos, necrose de tecidos. Estas condições podem causar transtornos a esta mulher, que já se apresenta fragilizada pelo câncer e associado a complicações cirúrgicas pela RM. Os trabalhos científicos enfatizam as condições cirúrgicas da RM, mas os aspectos subjetivos e socioculturais destas mulheres carecem de pesquisa (LEILA et al., 2016). A ideia principal a ser seguida na orientação das pacientes com câncer de mama a fazerem ou não a RM, baseia-se no entendimento dos anseios de cada indivíduo de acordo com suas particularidades, suas expectativas, para que se obtenham resultados que vão de encontro a suas necessidades, sempre priorizando e valorizando a importância para a mulher que se encontra doente e qual tratamento se objetiva alcançar, a cura da doença, a RM ou ambas simultaneamente. De acordo com o mesmo autor, muitas vezes a cirurgia passa a ser estudada, do ponto de vista técnico e prático, com menor importância em relação consequências psicológicas e sociológicas que a doença provoca. Devemos levar em consideração os aspectos íntimos de cada paciente, para podermos planejar uma atenção holística deste indivíduo. As representações sociais podem auxiliar ao entendimento sociocultural do cuidado em saúde. São um elo de compreensão do cotidiano das pessoas com aplicação na saúde, como o câncer de mama associado à qualidade de vida, levando em consideração à visão da mulher.

Assim, pretendeu-se, com este estudo responder as seguintes questões: Quais os efeitos da mastectomia radical modificada para o tratamento do CM na qualidade de vida e autoestima? Quais as alterações psicológicas que o câncer de mama pode provocar nestas mulheres? Se as mulheres que não realizam reconstrução de mama têm alterações na sua qualidade de vida e AE? Possíveis efeitos do esvaziamento ganglionar axilar no membro superior operado? As hipóteses que foram testas neste estudo foram: i) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que realizaram mastectomia radical modificada e não efetuaram reconstrução de mama tem baixa qualidade de vida e declínio em sua autoestima; ii) mastectomia radical modificada com esvaziamento ganglionar provoca alterações funcionais do membro superior. Quanto aos objetivos, *objetivo geral foi* avaliar a influência da mastectomia mamária na qualidade de vida e autoestima de mulheres portadoras de câncer de mama. Por sua vez, objetivos específicos foram: i) avaliar o impacto da não realização de reconstrução de mama na qualidade de vida de mulheres que realizaram mastectomia ii) avaliar o impacto da não realização de reconstrução de mama na autoestima de mulheres que realizaram mastectomia; iii) caracterizar o perfil socioeconômico de mulheres que realizaram mastectomia; iv) analisar as alterações do membro superior associado ao esvaziamento ganglionar.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. *Neoplasia mamária*

O câncer de mama é uma doença que acomete mulheres tanto em idade fértil quanto fora dela. Torna-se um problema de saúde pública em todo o mundo, pois é considerado o tumor de maior incidência e prevalência nas mulheres. Aproximadamente 60% das mortes ocorrerão pela doença nos países em desenvolvimento, levado pelo diagnóstico tardio e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela precariedade dos serviços de saúde. Enquanto ocorre uma diminuição da mortalidade na última década em países desenvolvidos, ocorre um aumento na América Latina (FAYER et al., 2016). A doença é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo mundo. Espera-se que o número de novos casos aumente cerca de 70% nas próximas duas décadas. Mundialmente, uma em cada seis mortes é causada pelo câncer. Cerca de um terço das mortes por câncer são devidas aos cinco principais riscos comportamentais e dietéticos como: alto índice de massa corporal, baixa ingestão de frutas e vegetais, falta de atividade física, uso de tabaco e uso de álcool (WHO, 2017).

De maneira geral, o câncer é uma doença causada por mutações genéticas que conferem às células algumas características especiais, como a capacidade ilimitada de proliferação, perda de resposta a fatores de inibição de crescimento, evasão de apoptose (morte celular programada), capacidade de invadir outros tecidos (metástases) e produção de novos vasos sanguíneos (angiogênese) (MARTINEZ et al., 2006). Da mesma forma, o câncer de mama é uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, o qual forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos. O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres e responde por cerca de 28% de novos casos a cada ano. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos (BRASIL, 2016). Com ocorrência mais frequente na população feminina, o câncer de mama constitui uma patologia maligna e

tem seu quadro agravado pelo fato do diagnóstico ainda ser estabelecido, na maioria das vezes, em uma fase tardia da doença. O prognóstico do câncer de mama é considerado bom, verificando-se sobrevida nos países desenvolvidos em 73%, e nos países em desenvolvimento é de 57% (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Diversos fatores estão relacionados com o câncer de mama, ou seja, não há uma causa única e específica. Fatores de riscos que podem ou não estar associados a ele. Neste contexto, podemos destacar os fatores comportamentais/ambientais tais como: obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, exposição frequente a radiações ionizantes (raios x, mamografia, tomografia), fatores que envolvem a questão reprodutiva/hormonal como a primeira menstruação (menarca) antes dos 12 anos de idade, não ter tido filhos, primeira gravidez após os trinta anos, não ter amamentado, parar de menstruar (menopausa) após os 55 anos, ter feito uso de anticoncepcionais orais por tempo prolongado e ainda podendo estar associado a fatores hereditários/genéticos como apresentar histórico familiar de câncer de ovário, câncer de mama em homens e câncer de mama em mulheres, especialmente antes dos 50 anos de idade. A mulher que possuir alterações genéticas herdadas na família, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2 (genes que realizam reparos em moléculas danificadas de DNA), terá risco elevado para câncer de mama (BRASIL, 2016).

No que diz respeito aos fatores de risco genéticos para o câncer de mama, são apresentados em fatores internos, como de predisposição hereditária ou dependente da constituição hormonal e fatores externos, como ambientais, constituídos por agentes químicos, físicos e biológicos, capazes de causar danos ao genoma. A história familiar, a bilateralidade, o acometimento precoce e achados histopatológicos específicos são fatores sugestivos da presença de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, os quais são genes de susceptibilidade hereditária para câncer de mama. A análise do histórico familiar revela

a existência de casos da doença com características peculiares. Entre essas características pode-se destacar a existência de parentes afetados em três gerações sucessivas, dois ou mais parentes de primeiro grau com diagnóstico da doença no período pré-menopausa, câncer de mama bilateral e casos de câncer de mama masculino. A ocorrência de pelo menos uma dessas características, num mesmo grupo familiar, sugere a existência de um componente genético hereditário que predispõe à doença (AMENDOLA; VIEIRA, 2005).

Sabe-se que mulheres com mutações no gene BRCA1, que está localizado no locus 17q21, apresentam 87% de chance de desenvolver carcinoma de mama e 40% a 60% de chance de desenvolver um carcinoma de ovário durante toda a vida, e 65% de chance de desenvolver um segundo carcinoma mamário se viverem até 70 anos. Já as mulheres com mutação no gene BRCA2, localizado em 13q12-13, possuem cerca de 85% de chance de desenvolverem um carcinoma de mama durante sua vida (DANTAS et al., 2009). A rigor, a grande maioria dos casos de carcinoma de mama são casos esporádicos e não têm associação com história familiar. Entretanto, 5 a 10% dos carcinomas de mama são hereditários, sendo que a maior parte é atribuída a mutações nos genes BRCA1 e BRCA2. Esses genes atuam como genes supressores de tumor, os quais possuem função de reparo do DNA. Mutações no BRCA1 e no BRCA2 podem ocorrer em qualquer ponto ao longo do gene e são relativamente incomuns na população geral. Os carcinomas de mama que carregam alterações no BRCA1 são frequentemente receptores negativos de estrógeno e progesterona. Já nos casos esporádicos de carcinomas do subtipo basal, o gene BRCA1 aparece inativado por mecanismos como a metilação, embora o tumor não apresente mutações em BRCA1 (VIEIRA et al., 2008).

Alterações psiquiátricas podem ser observadas no tratamento do câncer de mama, pelas alterações anatômicas que a cirurgia ou o tratamento adjuvante provocam na

mulher, consistindo em quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia. Este tratamento impacta na imagem corporal e autoestima destas pacientes. Quando diagnosticadas com câncer de mama, descargas emocionais são desencadeadas, e quadros de depressão e ansiedade podem surgir. A ressecção do tecido mamário (cirurgia de Hasted modificada) e a retirada dos gânglios axilares provocam linfedema no membro superior, levando a alterações no corpo da mulher, bem como limitações funcionais no membro superior afetado. (MOREIRA; CANAVARRO, 2010).

Na prevenção do câncer podemos citar as recomendações do World Cancer Research Found (WCRF) que são diretrizes de prevenção do câncer de mama, publicadas em 2007, dentre as quais se destacam manter o índice de massa corporal (IMC) e a circunferência da cintura (CC) dentro da normalidade, atividades físicas regulares, reduzir o consumo de alimentos altamente calóricos, com índices glicêmicos elevados, carnes vermelhas e processadas, sódio, álcool e suplementos alimentares, preferindo alimentos de origem vegetal e amamentar até os seis meses de vida. Estas acabam por mudar estilos de vida das pessoas, como estratégias de prevenção do câncer de mama, e nas sobreviventes da doença, que sigam à risca os tratamentos adjuvantes. Estudo observacional com seguimento das pacientes operadas relacionado aos cuidados da WCRF, as dietas ficaram mais balanceadas, mas o peso, ingesta de sal e bebidas alcoólicas aumentaram os índices, concluindo que as pacientes não seguem as orientações propostas pela WCRF (FANNI et al., 2016).

A mama tem muitas representações para a mulher, podendo tanto simbolizar a feminilidade e ser objeto de desejo e satisfação sexual, quanto podendo ser caracterizada como um dos primeiros laços entre mãe e bebê (SILVA et al., 2008; VIEIRA et al., 2007). No mundo, o câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres e, no Brasil, fica em segundo lugar, atrás apenas do câncer de pele não melanoma, respondendo

por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. A doença faz com que a mulher vivencie três etapas significativas, a saber: o recebimento do diagnóstico, que frequentemente gera um sentimento de natureza negativa; a realização de um longo e agressivo tratamento; e a aceitação de um corpo caracterizado por uma nova imagem, com cuja alteração poderá advir uma necessidade de aceitação e de convivência (PEREIRA et al., 2006; VIEIRA et al., 2007). Quando ocorre o diagnóstico do câncer de mama, surge o conflito emocional entre o real e o simbólico (SILVA et al., 2008; VIEIRA et al., 2007). O apoio e a disponibilidade por parte da equipe médica diminuem a ansiedade da mulher em relação ao seu diagnóstico e tratamento, melhorando sua condição emocional bem como seu bem-estar psicológico (ROSSI et al., 2003). Uma melhor qualidade de vida não só no aspecto físico, mas também psicológico é reflexo da assistência multiprofissional oferecida (CONDE et al., 2006).

A mastectomia, por seu caráter agressivo e traumatizante, modifica a vida e saúde da mulher, pois interfere em sua imagem corporal e sexualidade, com perda funcional que implica em limitações laborais, alterações psíquicas, emocionais e sociais, associadas à depressão e ansiedade (TALHAFERRO et al., 2007). Entretanto, em um segundo momento, sentimentos de medo de rejeição por parte da sociedade e do companheiro são despertados em mulheres que passam por uma cirurgia de mastectomia (PEREIRA et al., 2006). Em relação à reconstrução mamária, mulheres mastectomizadas que realizaram RM apresentam melhores escores médios de qualidade de vida se comparadas a mulheres mastectomizadas que não passaram por esse procedimento (FURLAN et al., 2013; MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006; SIMEÃO et al., 2013a).

Em consequência do aumento das taxas de detecção precoce e da melhoria dos tratamentos oferecidos, aproximadamente 50% das mulheres sobreviverão por, pelo menos, 15 anos após o diagnóstico de câncer de mama e deverão ajustar-se às sequelas

da cirurgia (SIMEÃO et al., 2013). No que tange a qualidade de vida, o momento mais crítico são os primeiros meses após a cirurgia. Sendo recomendado que as intervenções que objetivam manter ou melhorar a qualidade de vida aconteçam ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico até a reabilitação (MAJEUSKI et al., 2012).

2.2. *Reconstrução de mama*

As estratégias para prevenção do câncer de mama surgiram em 1950 com a disseminação do autoexame das mamas. Sabemos que ele é eficaz apenas em tumores com mais de 2,0 cm de diâmetro, e que os menores não são palpáveis pelo autoexame. O rastreamento do câncer pela mamografia reduz em 44% a morte pela doença, mas em 1999 apenas 8% das mulheres brasileiras com idade entre 40 a 69 anos tinham acesso ao exame. Isso se deve ao baixo número de aparelhos de mamografia, o que se modificou consideravelmente e positivamente nas duas últimas décadas. A Lei Federal nº 12.732/12 estipulou o prazo de dois meses após o diagnóstico para as pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) serem operadas, o que contribuiu significativamente para o enfrentamento da doença. Ainda no que tange as leis, a Lei Federal nº 12.802/13 obriga o SUS a disponibilizar, desde que haja condições clínicas, a cirurgia plástica reparadora após a mastectomia. O que se percebe é a falta de estrutura dos hospitais públicos para ofertarem a cirurgia, sendo que menos de 10% das mulheres operadas tem a reconstrução de mama realizada no mesmo ato operatório (NICOLAOU; PADOIN, 2013). A Tabela 2 descreve a proporção entre cirurgias de câncer de mama e reconstituições mamárias realizadas por região do Brasil.

Tabela 2 - Proporção entre reconstituições mamárias e cirurgias de câncer de mama, por região do país. Brasil, 2016.

Períodos	Procedimentos	Regiões						Total
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Distrito Federal	
2010	Reconstrução	13	126	830	326	63	25	1.358
	Mastectomia	1.234	8.373	21.734	8.366	2.482	604	42.189
	Proporção (%)	1,1	1,5	3,8	3,9	2,5	4,1	3,2
2011	Reconstrução	9	106	798	336	95	58	1.344
	Mastectomia	1.243	8.809	21.900	8.753	2.615	643	43.320
	Proporção (%)	0,7	1,2	3,6	3,8	3,6	9,0	3,1
2012	Reconstrução	25	108	852	335	74	43	1.394
	Mastectomia	1.181	9.843	25.408	9.611	2.738	656	48.781
	Proporção (%)	2,1	1,1	3,4	3,5	2,7	6,6	2,9
2013	Reconstrução	35	117	960	325	100	63	1.537
	Mastectomia	1.441	11.349	27.504	10.165	2.916	667	53.375
	Proporção (%)	2,4	1,0	3,5	3,2	3,4	9,4	2,9
2014	Reconstrução	31	96	1.075	408	101	62	1.711
	Mastectomia	1.458	11.430	28.618	10.656	3.155	606	55.317
	Proporção (%)	2,1	0,8	3,8	3,8	3,2	10,2	3,1
2015	Reconstrução	22	9	1.000	318	95	40	1.528
	Mastectomia	1.662	12.435	30.101	11.349	3.437	619	58.984
	Proporção (%)	1,3	0,7	3,3	2,8	2,8	6,5	2,6
2016	Reconstrução	36	133	843	285	104	37	1.401
	Mastectomia	1.823	13.155	30.998	11.770	4.011	701	61.757
	Proporção (%)	2,0	1,0	2,7	2,4	2,6	5,3	2,3
Total	Reconstrução	171	779	6.358	2.333	632	328	10.273
	Mastectomia	10.042	75.394	186.263	70.670	21.354	4.496	363.723
	Proporção (%)	1,7	1,0	3,4	3,3	3,0	7,3	2,8

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016

Como opções de reconstrução de mama, temos as que utilizam implantes mamários de silicone obtendo os melhores índices de qualidade de vida quando comparadas com a reconstrução de mama tardia autóloga (com tecidos próprios do organismo). Se pode utilizar, para reconstrução mamária, implantes de silicone, expansores de tecidos que podem ser permanentes ou temporários, que serão substituídos, posteriormente por próteses de silicone, retalhos musculares do reto abdominal, grande dorsal com prótese de silicone, e retalhos microcirúrgicos. Alguns cirurgiões plásticos preferem a reconstrução tardia, em virtude de complicações com material aloplásticos. Outra particularidade desses materiais, é que possuem custo menor. Outro aspecto a ser observado é que a mulher possui uma expectativa de vida maior, optando-se por reconstrução de mama com tecidos autólogos, pois não precisam serem substituídos como os aloplásticos, e não precisam de manutenção (INOCENTI et al., 2016).

A RM melhora a identificação sexual e autoimagem da mulher mastectomizada, melhorando a AE e a qualidade de vida. O olhar no espelho vivenciando o órgão sexual mamário estando mantido pela reparação mamária devolve a satisfação feminina, das relações sexuais e do convívio familiar e laboral. A mulher, com a RM volta a desempenhar suas atividades laborais e do lar, com impacto positivo na qualidade de vida no que tange aos domínios físicos, psicológicos e ambientais, com sentimentos positivos em relação a si e a suas vivências (GOMES; SOARES; SILVA, 2015a).

2.3. *Qualidade de vida e autoestima*

A satisfação das pacientes, relativa a cirurgia das mamas, no que tange a qualidade de vida abordando a reconstrução imediata e tardia, cirurgia estética e mulheres que não realizaram cirurgia estão sendo estudados. Um estudo que abordou o pré-operatório não demonstrou diferenças significativas na qualidade de vida destas pacientes. Entretanto, o

estudo no pós-operatório evidenciou um decréscimo da qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgias estéticas, se comparadas aos que realizaram reconstrução de mama imediata. Também as que realizaram RM imediata tiveram escores de qualidade de vida maiores, se comparadas as que realizaram RM tardia ou cirurgias estéticas ou que não realizaram RM. Isto sugere que os índices de qualidade de vida são maiores nas mulheres que realizam reconstrução de mama se comparadas a qualquer outro grupo, e também as que não realizam RM (DURAES et al., 2016). Podemos avaliar a importância de ofertar a reconstrução de mama imediata para as mulheres que necessitarão de mastectomia mamária para o tratamento do câncer de mama, como opção de uma melhor qualidade de vida nessas pacientes.

A reconstrução de mama imediata traz menores escores de qualidade de vida nas pacientes submetidas a mastectomia radical se comparadas as RM tardias, visto que as mulheres que perdem as mamas acabam por serem mais tolerantes com pequenas imperfeições que porventura a RM tardia venha a apresentar, enquanto que nas RM imediatas não proporcionam as mulheres a percepção de perda e deformidade, comparando a nova mama a anteriormente apresentada. Por outro lado, a RM imediata traz consigo menores custos para o tratamento, e melhor aspecto cicatricial se comparada a tardia. Devemos levar em conta as condições psicossociais da mulher a ser tratada para poder decidir pela melhor conduta a ser tomada para o enfrentamento da cirurgia mamária (JUHL et al., 2017).

Após a confirmação do diagnóstico do câncer de mama as mulheres apresentam alterações psicológicas e sociais, pois a mama representa beleza, feminilidade e saúde. Em virtude do ato operatório necessário ao tratamento da doença, este equilíbrio é modificado. Vivências dolorosas com relação a sua imagem corporal modificam o autoconceito. Com o passar do tratamento cirúrgico e quimioterápico, ocorrem limitações

físicas e psicológicas que alteram qualidade de vida e autoestima. A AE está relacionada com o domínio físico e psíquico, e quanto maiores os sentimentos positivos antes do diagnóstico da doença, menores serão os impactos (GOMES; SOARES; SILVA, 2015a). Ainda segundo o mesmo autor, a RM tem sido importante na melhora dos índices de qualidade de vida, nos domínios psicológicos e sociais.

A qualidade de vida sofre variações de acordo com a idade, período que as mulheres se encontram na sua existência, sendo que o aparecimento do câncer de mama com mais idade apresenta qualidade de vida melhor se comparadas com as mais jovens. Isto pode ser entendido pelo valor que a mais idosas dão ao corpo e sua feminilidade e a maturidade pessoal que adquiriram, contribuindo para um melhor enfrentamento da doença. As mulheres que não tiveram filhos vivenciam uma baixa da qualidade de vida em virtude de poder perder sua mama, e o uso de quimioterapia levando a uma menopausa precoce, retirando delas a capacidade de gerar filhos (GOMES; SOARES; SILVA, 2015a). Observa-se uma melhora da qualidade de vida em pacientes submetidos a RM com retalho do músculo reto abdominal se comparados ao materiais aloplásticos, mas em ambos os casos houve uma melhora dos índices de qualidade de vida se comparadas ao grupo que não fez RM (JUHL et al., 2017). Fatores culturais podem estar relacionados com arrependimento na decisão de realizar reconstrução de mama. A maioria das mulheres apresenta elevado grau de satisfação em terem realizado RM imediata junto com o tratamento do câncer de mama. Entretanto, em mulheres latinas com baixa escolaridade, observou-se menor satisfação em realizar RM se comparada com mulheres brancas. Também, nas que realizaram RM imediata e que, tardiamente, receberam diagnóstico de um novo tumor mamário na mama contralateral, tiveram maior arrependimento por terem reconstruído a mama. As que realizaram cirurgia conservadora, menos extensa, tiveram maior arrependimento se comparadas as que realizaram

mastectomia mamária, cirurgia mais extensa (MARTINEZ, K, A, YUN, LI, RESNICOW, KEN, GRAFF, JOHN J., HAMILTON, ANN S, HAWLEY et al., 2016).

Mulheres que realizaram mastectomia radical sem reconstrução de mama apresentaram dificuldades em relação a sua imagem corporal e o resultado da cirurgia alterando seu corpo. A assimetria corporal que a cirurgia provoca altera na distribuição do peso destas mulheres, alterando seu aspecto postural. Além da perda da mama, a perda dos cabelos frente a quimioterapia também tem papel importante na imagem corporal. Nas pacientes que realizaram reconstrução de mama imediata, demorou a terem identificado a nova mama como sendo parte de seu corpo (BARSOTTI; MELONI, 2011). Ainda segundo a mesma autora, mulheres que realizaram reconstrução de mama com o músculo reto do abdome tem melhor satisfação em relação ao aspecto do abdome se comparadas as que realizaram cirurgia conservadora das mamas, em que o tórax fica melhor identificado na imagem corporal. Mulheres mais jovens também tem sua capacidade reprodutiva e de amamentar alterada frente ao tratamento quimioterápico e de hormônioterapia se comparado as de maior idade. Alterações na vestimenta de mulheres mastectomizadas, desconforto no vestir e em relações sexuais, bem como diminuição delas, limitação das atividades no trabalho e nos afazeres domésticos impactam negativamente na qualidade de vida. A cura da doença e a reconstrução mamária melhoram a qualidade de vida e AE, refletindo positivamente, psicologicamente, sexualmente e na autoimagem (GOMES; SOARES; SILVA, 2015b). Pacientes que realizaram RM tem melhores índices de qualidade de vida no que diz respeito a saúde, ao físico e psíquico se comparados a mastectomia de mama sem RM. Países com baixa renda e condições precárias de saúde possuem menores índices de RM se comparados com os países desenvolvidos. A presença de emprego e maior nível de escolaridade, e uma compreensão e esclarecimento a respeito da cirurgia de RM e os fatores envolvidos nela são importantes indicadores que melhoram a qualidade de vida (SINAEI et al., 2016).

A satisfação da paciente e do *staff* cirúrgico que atendem pacientes com CM podem ser elevados quando no pré-operatório se observam medidas de uma boa relação médico-paciente. Informações detalhadas a respeito da qualidade do serviço, possibilidades de reconstrução mamária com implantes mamários, retalhos do músculo grande dorsal e reto abdominal pediculados e microcirúrgicos, a necessidade de radioterapia e quimioterapia no pós-operatório tem que ser levada em conta para um adequado planejamento cirúrgico. Esta conduta, associada a uma relação médico-paciente que observe os anseios do paciente e o tratamento adjuvante contribuem para resultados elevados de satisfação tanto do paciente quanto do cirurgião. O instrumento de pesquisa foi o Breast-Q. As decisões baseadas no compartilhamento de informações são fundamentais para um resultado de RM satisfatório (BLACAM et al., 2016). Isto nos faz refletir que decisões e condutas a serem tomadas devem sempre serem pautadas nos anseios e desejos das pacientes com a doença e a possibilidade de conhecimento do *staff* médico que assiste estas mulheres.

Pacientes que recebem informações precisas sobre os tipos de reconstrução mamária e o tratamento posterior a ser enfrentado apresentam altos índices de satisfação de qualidade de vida. Quando necessitam quimioterapia possuem maiores escores de satisfação com as mamas, mas baixo nível de bem-estar sexual, quando da análise quantitativa de escores de qualidade de vida. Isto pode ser determinado pela quimioterapia não ter efeito sobre a RM mas interferindo na auto estima, perda de cabelos e imagem corporal (BLACAM et al., 2016). Segundo o mesmo autor, a informação da equipe médica a paciente que irá se submeter ao tratamento do câncer de mama tem vital importância, pois esclarecendo a ela qual o tratamento, sequelas, terapias adjuvantes e suas consequências, tempo de tratamento, absenteísmo ao trabalho, poderá diminuir a ansiedade e minimizar suas consequências.

A reconstrução mamária costuma ser uma alternativa para a cirurgia do câncer de mama. Entretanto, a cirurgia reconstrutiva causa alterações na nova mama, podendo interferir na autoestima. Utiliza-se próteses mamárias de silicone, expansores de tecidos que são materiais externos, passíveis de complicações. As que utilizam material autólogo, como o músculo reto abdominal, também tem como consequências cicatrizes na parte inferior do abdome. A possibilidade de perda da reconstrução, por problemas do material aloplástico, devem ser compartilhados com as pacientes, gerando preocupações nestas, bem como a necessidade de mais de um procedimento cirúrgico para reparar a mama doente (INOCENTI et al., 2016)

A mama representa a feminilidade da mulher, sua fertilidade, símbolo sexual. Sua perda pela cirurgia provoca fragilidade, impotência, tornando a mulher incompleta. A RM acarreta melhoras psicológicas, sociais, qualidade de vida e autoestima (INOCENTI et al., 2016). Mudanças no que tange a sexualidade em mulheres em tratamento de câncer de mama podem acontecer. No estudo de população da Tunísia observou-se a dificuldade do parceiro no relacionamento com a mulher portadora do câncer de mama. Neste estudo, verificou-se satisfação sexual baixa, depressão e ansiedade. Com isso, se propõe, juntamente com o tratamento do câncer de mama a abordagem psicológica e sexual como abordagens terapêuticas destas mulheres (LEILA et al., 2016).

Pelo aumento da sobrevida de mulheres tratadas pelo câncer de mama, sequelas que anteriormente não eram observadas agora passaram a serem observadas. O linfedema e alterações de força do membro operado, as alterações da estética da mama reconstruída devem ser levadas em consideração no tratamento destas. A oncoplastica, que trata a cirurgia plástica do CM e a retirada apenas do linfonodo sentinela nas mastectomias levaram a cirurgia menos radicais, e mais aceitáveis esteticamente, impactando positivamente na qualidade de vida (VIEIRA et al., 2016). Entretanto, a reconstrução de

mama visa atenuar o impacto da mastectomia mamária nas mulheres com câncer de mama. A mutilação pela perda da mama que representa sua sexualidade, representação social, associado a uma doença com potencial de morte ocasiona potencial alteração social e psicológica. A RM tem mostrado diversos benefícios a mulher, mas também complicações advindas ao procedimento cirúrgico como hematomas, infecções pelos materiais aloplásticos utilizados, fenômenos tromboembólicos, necrose de tecidos, podendo causar transtornos a esta mulher, que já se apresenta fragilizada pelo câncer e associado a complicações cirúrgicas pela RM. Os trabalhos científicos enfatizam as condições cirúrgicas da RM, mas os aspectos subjetivos e socioculturais destas mulheres carecem de pesquisa (LEILA et al., 2016). A ideia principal a ser seguida na orientação das pacientes com câncer de mama a fazerem ou não a RM, entendendo os anseios de cada indivíduo nas suas particularidades, nas suas expectativas, para que obtenha resultados que vão ao encontro de suas necessidades, sempre priorizando aquilo que tem importância para a mulher que neste momento se encontra doente.

Pacientes tentam utilizar próteses mamárias externas para colocar no sutiã, de silicone, espumas e alpiste (comida de passarinho dentro de uma bolsa), que na maioria das vezes são auto confeccionadas, com a finalidade de minimizar os efeitos de vergonha, perda da feminilidade, mudança na estética corporal em decorrência da mastectomia. Uma família consolidada com um companheiro que vivencie o momento da cirurgia, compartilhando os sentimentos de perda, doença, finitude, mutilação, alterações funcionais do membro superior, refletirão positivamente na qualidade de vida e AE destas mulheres, preservando sua autoimagem, autoestima e estabilidade emocional (GOMES; SOARES; SILVA, 2015b).

2.4. *Alterações funcionais do membro superior associado ao esvaziamento ganglionar*

Alterações funcionais na cintura escapular e na articulação glenoumeral homolateral a cirurgia é comum. A lesão do nervo torácico longo afeta diretamente a capacidade da escápula de estabilizar o ombro. Já a lesão do nervo intercostobraquial provoca alterações de sensibilidade no membro superior (JERÔNIMO et al., 2013; MOREIRA; PIVETTA, 2012; VIEIRA et al., 2016). Grande parte das mulheres submetidas a mastectomia radical modificada apresentam dor e linfedema no membro superior homolateral a cirurgia, especialmente nos casos de esvaziamento axilar, por incompetência do sistema linfático. Pode haver ainda alterações posturais compensatórias em virtude da retirada da mama (GIMENES et al., 2013; JERÔNIMO et al., 2013; MENDES et al., 2014; MOREIRA; PIVETTA, 2012; VIEIRA et al., 2016). Ocorre redução de amplitude de movimento articular do ombro homolateral a mastectomia. Esse fenômeno é explicado pela fraqueza muscular, decorrente da retirada do músculo peitoral, associada a redução de flexibilidade muscular e a inatividade do membro (COSTA et al., 2015; MOREIRA; PIVETTA, 2012; VIEIRA et al., 2016). Os movimentos mais afetados são flexão anterior e abdução do ombro. O movimento associado de abdução e rotação externa do ombro também é acometido. A intervenção fisioterapêutica é necessária, especialmente para as mulheres que serão submetidas a radioterapia (BEZERRA et al., 2012; MOREIRA; PIVETTA, 2012).

O tratamento do câncer de mama provoca absenteísmo ao trabalho em decorrência da limitação de movimento no membro superior operado, medo de se machucar no trabalho, diminuição da habilidade, dor, diminuição de força e cicatrizes. A atitude protetiva do membro superior pela dor leva a atrofia da cintura escapular, piorando a força. Atitudes profiláticas como a fisioterapia motora deveriam ser empregadas para

minimizar estes efeitos (DIAS et al., 2017). Segundo os mesmos autores, a cirurgia do câncer de mama provoca quadros de incapacidade laboral com efeito negativo na QV e AE, tanto economicamente quanto socialmente. Muitas mulheres acabam se aposentando por invalidez e outras abandonando a atividade laboral por incapacidade física. Algumas ficam tempos prolongados de licença saúde, gerando custos ao sistema de saúde. A intervenção precoce pode minimizar os efeitos da cirurgia de mastectomia com esvaziamento ganglionar. A instituição da fisioterapia precocemente conjuntamente com o tratamento do câncer de mama contribui positivamente para evitar ou diminuir os efeitos que o esvaziamento ganglionar provoca, tais como: linfedema, dor, parestesia, diminuição da amplitude do movimento, membros congelados dificultando a realização de atividades necessárias a vida quotidiana, alterando a qualidade de vida. O grau de satisfação dos profissionais fisioterapeutas e de seus pacientes, no que tange a capacidade funcional, tiveram um grau satisfatório, pela introdução da fisioterapia funcional precocemente (RETT et al., 2013).

Método prático na avaliação de linfedema, que é uma sequela no membro superior (MS) crônica e incurável, que sofreu esvaziamento ganglionar pelo câncer de mama, é chamado perimetria. Pode ser avaliado com fita métrica, calculando o seu diâmetro. Outras sequelas estão relacionadas com alterações de sensibilidade, amplitude de movimento, força e cosmese, ou seja, manter a beleza do braço. Estas, podem ser determinadas pelo exame clínico. A utilização do linfonodo sentinela minimiza as sequelas no MS, mas o esvaziamento ganglionar provoca sequelas definitivas. Desta forma, medidas de tratamento após o esvaziamento devem ser ofertadas, como fisioterapia funcional do MS pós-mastectomia com esvaziamento. Linfedema pode ser diagnosticado como um aumento de 2,0 cm no diâmetro em relação ao MS contralateral (VIEIRA et al., 2016).

Radioterapia no pós-operatório da mama e axila ipsilateral pode levar a alterações de pele, como necroses, pigmentações patológicas, aderências de pele, diminuição da mobilidade do MS, caracterizada pela abdução, flexão e rotação. Casos de lesão do nervo torácico longo são descritas, levando a queda do omoplata e sequelas funcionais importantes, com perda de capacidade laboral e estética do MS (VIEIRA et al., 2016). Outras sequelas da mastectomia são a assimetria corporal por não realizar RM, hérnias abdominais e infecções de parede abdominal nas RM com o músculo reto abdominal, ptoses, alterações do volume mamários por aumento de peso no pós-operatório, senilidade dos tecidos, IMC elevado. Com o aumento da sobrevida dos doentes com câncer de mama se faz necessário uma reflexão sobre as sequelas que irão advir pelo envelhecimento humano e alterações da RM e da mama não doente (VIEIRA et al., 2016).

A fisioterapia após a mastectomia auxilia no restabelecimento da funcionalidade do membro superior. Diferentes abordagens terapêuticas demonstraram resultados positivos no ganho de amplitude de movimento articular do ombro homolateral a cirurgia. Também obtêm-se melhora na força muscular, sensibilidade e redução da dor (BEZERRA et al., 2012; JERÔNIMO et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012; RETT et al., 2012). A cinesioterapia convencional é apontada como melhor intervenção para o tratamento das complicações pós-mastectomia (PINHEIRO et al., 2016). O acompanhamento fisioterapêutico já no pré-operatório reduz o declínio funcional do membro superior e previne complicações (GÓIS et al., 2012; ROCHA et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1. Delineamento geral do estudo

O estudo é do tipo transversal, de caráter descritivo-analítico, quantitativo.

3.2. Local do estudo

Erechim é um município localizado no norte do Estado do Rio Grande do Sul, com área total de 1.196,999, com população aproximada de 102.906 (BRASIL, 2017a) . Encontra-se a 370 km de Porto Alegre, a capital do Estado. Sua economia é baseada no setor agrícola, industrial e terciário, com foco no setor agrícola e industrial, com educação de nível universitário, contando com duas universidades, uma particular com diversos cursos, sendo que, na saúde, possui todos os cursos, incluindo o de medicina, e uma universidade federal com concentração nas áreas humanas e sociais. No ano de 2016, os procedimentos de autorização de internação hospitalar (AIH) no município de Erechim/RS, de pacientes atendidos pelo SUS, foi de 7.070. Não existe registro de RM no mesmo período no município (BRASIL, 2017). O município de Erechim é referência do atendimento do SUS para a saúde na alta complexidade nos municípios que compõem a UNACON, abrangendo 453.912 pessoas em 80 municípios que o compõe (<http://www1.saude.rs.gov.br>, 2019). Para a coleta de dados, as avaliações da qualidade de vida e autoestima e o perfil socioeconômico das mulheres mastectomizadas no município de Erechim/RS, serão obtidas por questionário enviado através dos Correios, no domicílio das participantes. As coletas e análises dos resultados serão avaliados no Mestrado em Envelhecimento Humano da Faculdade de Fisioterapia e Educação Física, da Universidade de Passo Fundo.

3.3. *Amostra de estudo*

A amostra do estudo foi composta por 62 mulheres dentre 375 selecionadas que concordaram em participar do estudo, da UNACON, do município de Erechim/RS, que responderam ao questionário de coleta de dados. A autorização para acessar as informações da população de estudo foi emitida pela direção da Fundação Hospitalar Santa Terezinha (Apêndice A).

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo as mulheres mastectomizadas por câncer de mama que não realizaram RM, no município de Erechim, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2016, casos estes notificados na UNACON, e que concordaram em participar da pesquisa.

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas as mulheres que não quiseram participar do estudo, que tiveram os questionários respondidos incompletos, que desistiram da pesquisa, que não realizaram a cirurgia de mastectomia mamária radical modificada.

3.4. *Procedimentos de coleta de dados*

O estudo teve uma duração de três meses, iniciando pela análise dos prontuários médicos das pacientes, observando-se as mulheres que se incluíam nos critérios de seleção da amostra. Após, o material de pesquisa foi preparado para envio pelos Correios, e a devolução das cartas respostas. As pessoas participantes da pesquisa responderam ao questionário de coleta de dados (Apêndice A) para caracterização da amostra quanto ao

perfil sociodemográfico), que forma pessoas adultas, mulheres com câncer de mama e que se submeteram a mastectomia mamária radical modificada. Responderam também o instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref (Anexo A) e a escala de autoestima de Rosenberg (Anexo B). Esses documentos foram enviados pelos Correios, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C), o qual deixa claros os objetivos, a justificativa e procedimentos do estudo assinado. O material de pesquisa foi devolvido pelos Correios através de carta-resposta previamente selada, sem ônus ao pesquisado.

3.5. Análises dos dados

Os dados foram analisados por meio da linguagem R 3.3.2. Para analisar os efeitos foram utilizados o teste Qui-quadrado e o Exato de Fisher. O nível de significância definido para rejeição de H_0 foi $\alpha = 0,05$.

3.5.1. Avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref

A Organização Mundial da Saúde, no início dos anos 1990, criou um grupo de estudo para elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva transcultural (FLECK et al., 1999). O projeto foi denominado WHOQOL-100. Posteriormente, esse grupo, pela necessidade de dispor de instrumentos curtos que exijam pouco tempo para seu preenchimento e, ao mesmo tempo, tenham características psicométricas satisfatórias, desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, denominada WHOQOL-bref (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009). Este instrumento é composto por quatro domínios: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio-ambiente*. Consta de 26 questões, sendo que duas são gerais e as demais

representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Ao responder as questões, o indivíduo deve ter em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações e deve tomar como referência as duas últimas semanas (PEDROSO et al., 2010).

3.5.2. Escala de Autoestima de Rosenberg

A Escala de Autoestima de Rosenberg foi criada em 1965. Em 2000 foi adaptada para o português e em 2004 validada no Brasil. Foi desenvolvida para avaliar adolescentes e atualmente é aplicada a nível mundial para avaliar a autoestima. Trata-se de um instrumento unidimensional que gradua a autoestima em baixa, média e alta. Sentimentos negativos de incompetência e inadequação configuram como baixa autoestima; sentimentos positivos de confiança e valor, alta autoestima; oscilar entre rejeição e aceitação, média autoestima. O instrumento é composto por dez afirmações com quatro possibilidades de resposta: discordo plenamente, discordo, concordo e concordo plenamente. Cada resposta possui uma pontuação própria que varia de um a quatro. Nas afirmativas dois, cinco, seis, oito e nove a ordem de pontuação é crescente e nas demais é decrescente. Após aplicação do instrumento é feita a soma dos pontos. Valores abaixo de vinte pontos se classifica como baixa autoestima; vinte e um a trinta, média autoestima; acima de trinta, alta autoestima. Essa escala tem sido aplicada para avaliar a autoestima de mulheres que realizaram mastectomia secundária a neoplasia mamária e demonstra confiabilidade (FERNANDES et al., 2013; GOMES; SILVA, 2013; HUTZ; ZANON, 2011; SBICIGO; BANDEIRA; DELL'AGLIO, 2010; SCHNAIDER, 2012).

3.6. *Considerações éticas*

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. A coleta de dados ocorreu de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitada autorização dos participantes para que o estudo pudesse ser desenvolvido, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). O participante teve a liberdade de participar ou não da pesquisa, podendo sair da pesquisa sem qualquer constrangimento ou custo, ter certeza de que não seria identificada e que seria mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização, assim como a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e a segurança de acesso aos resultados da pesquisa quando concluída. Foram consideradas as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano, assim como o progresso e seu avanço, que devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano. No decorrer da pesquisa forma assegurados e respeitados os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, bem como seus hábitos e costumes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Passo Fundo (UPF) sob o parecer de 2.408.320/2017.

3.7. *Confiabilidade dos instrumentos utilizados*

Para avaliar a confiabilidade dos instrumentos de avaliação utilizados nesta pesquisa (Whoqol Bref para avaliar a qualidade de vida e a Escala de Autoestima de Rosenberg para avaliar a autor estima) foi aplicado o alfa de Cronbach. Para ambos instrumentos os resultados estatísticos de alfa de Cronbach foi maior que 0,800, indicando que há relação intrínseca entre os itens avaliados. O alfa de Cronbach para o Whoqol Bref

foi 0,859 e para a Escala de autoestima de Rosemberg foi 0,864. Os instrumentos foram validados para serem aplicados para a amostra definida nesta pesquisa.

4 RESULTADOS

A Tabela 3 descreve as características sociodemográficas (faixa etária, renda familiar, situação conjugal e anos completos de estudos, afastamento do trabalho), os fatores de risco (faixas de IMC e medicamento de uso contínuo,) e o perfil geral clínico (quimioterapia, perda de cabelo, esvaziamento dos gânglios, braços dos gânglios das axilas, braço dominante da axila operada, dor no ombro, classificação da dor, dificuldade de movimentação, conhecimento sobre procedimentos e tempo de mastectomia mamária,) das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 3 - Características sociodemográficas, fatores de risco e perfil geral clínico das mulheres da amostra avaliada.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
65 anos ou menos	33	53,2
66 anos ou mais	29	46,8
Renda familiar		
R\$ 1.874 ou menos	46	74,2
R\$ 1.875 ou mais	16	25,8
Situação conjugal		
Vive com alguém	41	66,1
Vive sozinho	21	33,9
Anos completos de estudos		
4 anos ou menos	34	54,8
5 anos ou mais	28	45,2

Tabela 3 - Características sociodemográficas, fatores de risco e perfil geral clínico das mulheres da amostra avaliada.

Variáveis	n	%
Afastamento do trabalho		
Sim	49	79,0
Não	13	21,0
Faixas de IMC		
Magreza	10	16,1
Eutrofia	29	46,8
Excesso de peso	23	37,1
Conhecimento sobre os procedimentos		
Sim	6	9,7
Não	56	90,3
Medicamento de uso contínuo		
Sim	57	91,9
Não	5	8,1
Quimioterapia		
Sim	50	80,6
Não	12	19,4
Perda de cabelos		
Sim	50	80,6
Não	12	19,4

Tabela 3 - Características sociodemográficas, fatores de risco e perfil geral clínico das mulheres da amostra avaliada.

Variáveis	n	%
Esvaziamento dos gânglios		
Sim	56	90,3
Não	6	9,7
Braços dos gânglios das axilas		
Um	60	96,8
Dois	2	3,2
Braço dominante da axila operada		
Sim	44	71,0
Não	18	29,0
Dor no ombro		
Sim	37	59,7
Não	25	40,3
Classificação da dor		
4 pontos ou menos	38	61,3
5 pontos ou mais	24	38,7
Dificuldade de movimentação		
Sim	30	48,4
Não	32	51,6
Tempo de mastectomia mamária		
5 anos ou menos	39	62,9
6 anos ou mais	23	37,1

De acordo com os resultados descritos na Tabela 3, dos 62 indivíduos da amostra, 62,9% realizaram a mastectomia mamária em um tempo de cinco anos ou menos. O percentual de mulheres com 65 anos ou menos foi 53,2% e 46,8% apresentaram idade igual ou superior a 66 anos, sendo que do total da amostra, 74,1% apresentaram renda familiar de R\$ 1.874 ou menos, 66,1% vivem com alguém, 54,8% estudaram 4 anos ou menos, 79,0% se afastaram do trabalho e 9,7% tinham conhecimento sobre os procedimentos. Segundo classificação da OMS, 16,1% são desnutridos, 46,8% normais, 37,1% estão com sobrepeso. Do total da amostra, 91,9% fazem uso de medicamento contínuo, 80,6% realizaram quimioterapia e apresentaram perda de cabelo, 90,3% realizaram esvaziamento dos gânglios, 96,8% apresentaram os gânglios das axilas em apenas um dos braços, 59,7% apresentaram dor no ombro, sendo que 61,3% classificaram a dor como fraca (4 pontos ou menos) e 48,4% apresentaram dificuldade de movimentação. A Tabela 4 descreve as percepções sobre a qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 4 - Percepções sobre a qualidade de vida e autoestima das mulheres avaliada.

Variáveis	n	%
Físico		
Insatisfeito	24	38,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	22	35,5
Satisfeito	16	25,8
Psicológico		
Insatisfeito	24	38,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	22	35,5
Satisfeito	16	25,8

Tabela 4 - Percepções sobre a qualidade de vida e autoestima das mulheres avaliada.

Variáveis	n	%
Relações sociais		
Insatisfeito	20	32,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	21	33,9
Satisfeito	21	33,9
Meio-ambiente		
Insatisfeito	24	38,7
Nem satisfeito nem insatisfeito	22	35,5
Satisfeito	16	25,8
Saúde global		
Insatisfeito	28	45,2
Nem satisfeito nem insatisfeito	10	16,1
Satisfeito		
Autoestima		
Insatisfeito	9	14,5
Nem satisfeito nem insatisfeito	43	69,4
Satisfeito	10	16,1

De acordo com os resultados descritos na Tabela 4, dos 62 indivíduos da amostra, 25,8% estão satisfeitos em relação às dimensões físico, psicológico e meio ambiente, enquanto que 38,7% estão insatisfeitos e 35,5% não estão nem satisfeito nem insatisfeito em relação a essas dimensões; quanto a dimensão relações sociais, 33,9% estão satisfeitos e 32,3% estão insatisfeitos; quanto saúde global, 16,1% estão satisfeitos e 38,7% estão insatisfeitos. Do total da amostra, 16,1% estão satisfeitos e 14,5% estão insatisfeitos em

relação à autoestima. A Tabela 5 descreve os resultados da associação entre faixa etária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 5 - Relação entre faixa etária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Faixa etária		Total	p
		65 anos ou menos	66 anos ou mais		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	6	0,676
	Não	29 (51,8)	27 (48,2)	56	
Físico**	Insatisfeito	15 (62,5)	9 (37,5)	24	0,489
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10 (45,5)	12 (54,5)	22	
	Satisfeito	8 (50,0)	8 (50,0)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,342
	Nem satisfeito nem insatisfeito	9 (40,9)	13 (59,1)	22	
	Satisfeito	10 (62,5)	6 (37,5)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	6 (30,0)	14 (70,0)	20	0,027***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (71,4)	6 (28,6)	21	
	Satisfeito	12 (57,1)	9 (42,9)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,656
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12 (54,5)	10 (45,5)	22	
	Satisfeito	7 (43,8)	9 (56,3)	16	

Tabela 5 - Relação entre faixa etária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Faixa etária		Total	p
		65 anos ou menos	66 anos ou mais		
Saúde global**	Insatisfeito	15 (62,5)	9 (37,5)	24	0,066
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (57,1)	12 (42,9)	28	
	Satisfeito	2 (20,0)	8 (80,0)	10	
Autoestima**	Insatisfeito	4 (44,4)	5 (55,6)	9	0,477
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22 (51,2)	21 (48,8)	43	
	Satisfeito	7 (70,0)	3 (30,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 5, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a maioria das dimensões de qualidade de vida não apresentou diferenças significativas entre as faixas etárias, com exceção para a dimensão relações sociais que foi mais frequente para insatisfação na faixa etária de 66 anos ou mais ($p = 0,027$). A Tabela 6 descreve os resultados da associação entre anos completos de estudo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 6 - Relação entre anos completos de estudo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Anos completos de estudo		Total	p
		4 anos ou menos	5 anos ou mais		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	6	1,000
	Não	31 (55,4)	25 (44,6)	56	
Físico**	Insatisfeito	12 (50,0)	12 (50,0)	24	0,082
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (72,7)	6 (27,3)	22	
	Satisfeito	6 (37,5)	10 (62,5)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,585
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13 (59,1)	9 (40,9)	22	
	Satisfeito	7 (43,8)	9 (56,3)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	11 (55,0)	9 (45,0)	20	0,649
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13 (61,9)	8 (38,1)	21	
	Satisfeito	10 (47,6)	11 (52,4)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	16 (66,7)	8 (33,3)	24	0,213
	Nem satisfeito nem insatisfeito	9 (40,9)	13 (59,1)	22	
	Satisfeito	9 (56,3)	7 (43,8)	16	
	Insatisfeito	15 (62,5)	9 (37,5)	24	
Saúde global**	Nem satisfeito nem insatisfeito	13 (46,4)	15 (53,6)	28	0,478
	Satisfeito	6 (60,0)	4 (40,0)	10	

Tabela 6 - Relação entre anos completos de estudo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Anos completos de estudo		Total	p
		4 anos ou menos	5 anos ou mais		
Autoestima**	Insatisfeito	6 (66,7)	3 (33,3)	9	0,493
	Nem satisfeito nem insatisfeito	24 (55,8)	19 (44,2)	43	
	Satisfeito	4 (40,0)	6 (60,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 6, o conhecimento sobre os procedimentos, as dimensões de qualidade de vida e a autoestima não apresentaram diferenças significativas entre as faixas etárias ($p > 0,05$). A Tabela 7 descreve os resultados da associação entre renda familiar, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 7 - Relação entre renda familiar, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Renda familiar		Total	p
		R\$ 1.874 ou menos	R\$ 1.875 ou mais		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	6 (100,0)	0 (0,0)	6	0,325
	Não	40 (71,4)	16 (28,6)	56	
Físico**	Insatisfeito	18 (75,0)	6 (25,0)	24	0,981
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (72,7)	6 (27,3)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,146
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17 (77,3)	5 (22,7)	22	
	Satisfeito	9 (56,3)	7 (43,8)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	14 (70,0)	6 (30,0)	20	0,873
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (76,2)	5 (23,8)	21	
	Satisfeito	16 (76,2)	5 (23,8)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,311
	Nem satisfeito nem insatisfeito	14 (63,6)	8 (36,4)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	23 (95,8)	1 (4,2)	24	0,006***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (57,1)	12 (42,9)	28	
	Satisfeito	7 (70,0)	3 (30,0)	10	

Tabela 7 - Relação entre renda familiar, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Renda familiar		Total	p
		R\$ 1.874 ou menos	R\$ 1.875 ou mais		
Autoestima**	Insatisfeito	7 (77,8)	2 (22,2)	9	0,533
	Nem satisfeito nem insatisfeito	33 (76,7)	10 (23,3)	43	
	Satisfeito	6 (60,0)	4 (40,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,01$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 7, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a maioria das dimensões de qualidade de vida não apresentou diferenças significativas entre as faixas de renda familiar pesquisadas ($p > 0,05$), com exceção para a dimensão saúde global que foi mais frequente para insatisfação na faixa de renda de R\$ 1.874 ou mais ($p = 0,006$). A Tabela 8 descreve os resultados da associação entre situação conjugal, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima.

Tabela 8 - Relação entre situação conjugal, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Situação conjugal		Total	p
		Vive com alguém	Vive sozinho		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	6	1,000
	Não	37 (66,1)	19 (33,9)	56	
Físico**	Insatisfeito	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,534
	Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (68,2)	7 (31,8)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	17 (70,8)	7 (29,2)	24	0,822
	Nem satisfeito nem insatisfeito	14 (63,6)	8 (36,4)	22	
	Satisfeito	10 (62,5)	6 (37,5)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	12 (60,0)	8 (40,0)	20	0,740
	Nem satisfeito nem insatisfeito	14 (66,7)	7 (33,3)	21	
	Satisfeito	15 (71,4)	6 (28,6)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	17 (70,8)	7 (29,2)	24	0,822
	Nem satisfeito nem insatisfeito	14 (63,6)	8 (36,4)	22	
	Satisfeito	10 (62,5)	6 (37,5)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	16 (66,7)	8 (33,3)	24	0,901
	Nem satisfeito nem insatisfeito	19 (67,9)	9 (32,1)	28	
	Satisfeito	6 (60,0)	4 (40,0)	10	

Tabela 8 - Relação entre situação conjugal, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Situação conjugal		Total	p
		Vive com alguém	Vive sozinho		
Autoestima**	Insatisfeito	3 (33,3)	6 (66,7)	9	0,079
	Nem satisfeito nem insatisfeito	31 (72,1)	12 (27,9)	43	
	Satisfeito	7 (70,0)	3 (30,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 8, o conhecimento sobre os procedimentos, as dimensões de qualidade de vida e a autoestima não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de situação conjugal pesquisados ($p > 0,05$).

A Tabela 9 descreve os resultados da associação entre IMC, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 9 - Relação entre IMC, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	IMC			Total	p
		Magreza	Eutrofia	Excesso de peso		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	6	0,235
	Não	10 (17,9)	27 (48,2)	19 (33,9)	56	
Físico*	Insatisfeito	3 (12,5)	12 (50)	9 (37,5)	24	0,670
	Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (13,6)	9 (40,9)	10 (45,5)	22	
	Satisfeito	4 (25,0)	8 (50,0)	4 (25,0)	16	
Psicológico*	Insatisfeito	1 (4,2)	15 (62,5)	8 (33,3)	24	0,044***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (13,6)	10 (45,5)	9 (40,9)	22	
	Satisfeito	6 (37,5)	4 (25,0)	6 (37,5)	16	
Relações sociais*	Insatisfeito	5 (25,0)	8 (40,0)	7 (35,0)	20	0,383
	Nem satisfeito nem insatisfeito	1 (4,8)	10 (47,6)	10 (47,6)	21	
	Satisfeito	4 (19,0)	11 (52,4)	6 (28,6)	21	
Meio-ambiente*	Insatisfeito	1 (4,2)	12 (50)	11 (45,8)	24	0,226
	Nem satisfeito nem insatisfeito	4 (18,2)	11 (50)	7 (31,8)	22	
	Satisfeito	5 (31,3)	6 (37,5)	5 (31,3)	16	
Saúde global*	Insatisfeito	1 (4,2)	15 (62,5)	8 (33,3)	24	0,156
	Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (25,0)	9 (32,1)	12 (42,9)	28	
	Satisfeito	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	10	

Tabela 9 - Relação entre IMC, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	IMC			Total	p
		Magreza	Eutrofia	Excesso de peso		
Autoestima*	Insatisfeito	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)	9	0,281
	Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (16,3)	19 (44,2)	17 (39,5)	43	
	Satisfeito	0 (0,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	10	

*Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 9, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a maioria das dimensões de qualidade de vida não apresentou diferenças significativas entre as categorias de IMC ($p > 0,05$), com exceção para a dimensão psicológico que foi mais frequente para insatisfação na categoria de eutrofia ($p = 0,044$).

A Tabela 10 descreve os resultados da associação entre medicamento de uso contínuo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima.

Tabela 10 - Relação entre medicamento de uso contínuo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Medicamento de uso contínuo		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	5 (83,3)	1 (16,7)	6	0,410
	Não	52 (92,9)	4 (7,1)	56	
Físico**	Insatisfeito	21 (87,5)	3 (12,5)	24	0,355
	Nem satisfeito nem insatisfeito	20 (90,9)	2 (9,1)	22	
	Satisfeito	16 (100,0)	0 (0,0)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,125
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21 (95,5)	1 (4,5)	22	
	Satisfeito	16 (100,0)	0 (0,0)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	19 (95,0)	1 (5,0)	20	0,064
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17 (81,0)	4 (19,0)	21	
	Satisfeito	21 (100,0)	0 (0,0)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,125
	Nem satisfeito nem insatisfeito	21 (95,5)	1 (4,5)	22	
	Satisfeito	16 (100,0)	0 (0,0)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	22 (91,7)	2 (8,3)	24	0,564
	Nem satisfeito nem insatisfeito	25 (89,3)	3 (10,7)	28	
	Satisfeito	10 (100,0)	0 (0,0)	10	

Tabela 10 - Relação entre medicamento de uso contínuo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Medicamento de uso contínuo		Total	p
		Sim	Não		
Autoestima**	Insatisfeito	8 (88,9)	1 (11,1)	9	0,583
	Nem satisfeito nem insatisfeito	39 (90,7)	4 (9,3)	43	
	Satisfeito	10 (100,0)	0 (0,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 10, o conhecimento sobre os procedimentos, as dimensões de qualidade de vida e a autoestima não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de situação conjugal pesquisados ($p > 0,05$).

A Tabela 11 descreve os resultados da associação entre conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 11 - Relação entre conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Conhecimento sobre os procedimentos		Total	p
		Sim	Não		
Físico*	Insatisfeito	2 (8,3)	22 (91,7)	24	0,903
	Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (9,1)	20 (90,9)	22	
	Satisfeito	2 (12,5)	14 (87,5)	16	
Psicológico*	Insatisfeito	3 (12,5)	21 (87,5)	24	0,312
	Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (13,6)	19 (86,4)	22	
	Satisfeito	0 (0,0)	16 (100,0)	16	
Relações sociais*	Insatisfeito	3 (15)	17 (85)	20	0,541
	Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (9,5)	19 (90,5)	21	
	Satisfeito	1 (4,8)	20 (95,2)	21	
Meio-ambiente*	Insatisfeito	2 (8,3)	22 (91,7)	24	0,719
	Nem satisfeito nem insatisfeito	3 (13,6)	19 (86,4)	22	
	Satisfeito	1 (6,3)	15 (93,8)	16	
Saúde global*	Insatisfeito	4 (16,7)	20 (83,3)	24	0,281
	Nem satisfeito nem insatisfeito	1 (3,6)	27 (96,4)	28	
	Satisfeito	1 (10,0)	9 (90,0)	10	

Tabela 11 - Relação entre conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Conhecimento sobre os procedimentos		Total	p
		Sim	Não		
Autoestima*	Insatisfeito	0 (0,0)	9 (100,0)	9	0,562
	Nem satisfeito nem insatisfeito	5 (11,6)	38 (88,4)	43	
	Satisfeito	1 (10,0)	9 (90,0)	10	

*Teste Qui-quadrado; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 11, as dimensões de qualidade de vida e a autoestima não apresentaram diferenças significativas entre os grupos de conhecimento sobre os procedimentos pesquisados ($p > 0,05$).

A Tabela 12 descreve os resultados da associação entre tempo de mastectomia mamária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 12 - Relação entre tempo de mastectomia mamária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Tempo de mastectomia mamária		Total	p
		5 anos ou menos	6 anos ou mais		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	6	1,000
	Não	35 (62,5)	21 (37,5)	56	
Físico**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,030***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	11 (50,0)	11 (50,0)	22	
	Satisfeito	8 (50,0)	8 (50,0)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,508
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13 (59,1)	9 (40,9)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	14 (70,0)	6 (30,0)	20	0,203
	Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (71,4)	6 (28,6)	21	
	Satisfeito	10 (47,6)	11 (52,4)	21	
Meio- ambiente**	Insatisfeito	15 (62,5)	9 (37,5)	24	0,435
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12 (54,5)	10 (45,5)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	

Tabela 12 - Relação entre tempo de mastectomia mamária, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Tempo de mastectomia mamária		Total	p
		5 anos ou menos	6 anos ou mais		
Saúde global**	Insatisfeito	17 (70,8)	7 (29,2)	24	0,385
	Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (53,6)	13 (46,4)	28	
	Satisfeito	7 (70,0)	3 (30,0)	10	
Autoestima**	Insatisfeito	7 (77,8)	2 (22,2)	9	0,475
	Nem satisfeito nem insatisfeito	25 (58,1)	18 (41,9)	43	
	Satisfeito	7 (70,0)	3 (30,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 12, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a maioria das dimensões de qualidade de vida não apresentou diferenças significativas sobre o tempo de mastectomia mamária ($p > 0,05$), com exceção para o aspecto físico que foi mais frequente para insatisfação na categoria de 5 anos ou menos ($p = 0,030$).

A Tabela 13 descreve os resultados da associação entre perda de cabelo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 13 - Relação entre perda de cabelo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Perda de cabelo		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	5 (83,3)	1 (16,7)	6	1,000
	Não	45 (80,4)	11 (19,6)	56	
Físico**	Insatisfeito	21 (87,5)	3 (12,5)	24	0,334
	Nem satisfeito nem insatisfeito	18 (81,8)	4 (18,2)	22	
	Satisfeito	11 (68,8)	5 (31,3)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,796
	Nem satisfeito nem insatisfeito	18 (81,8)	4 (18,2)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	18 (90,0)	2 (10,0)	20	0,437
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (76,2)	5 (23,8)	21	
	Satisfeito	16 (76,2)	5 (23,8)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	19 (79,2)	5 (20,8)	24	0,713
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17 (77,3)	5 (22,7)	22	
	Satisfeito	14 (87,5)	2 (12,5)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	20 (83,3)	4 (16,7)	24	0,909
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22 (78,6)	6 (21,4)	28	
	Satisfeito	8 (80,0)	2 (20,0)	10	

Tabela 13 - Relação entre perda de cabelo, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Perda de cabelo		Total	p
		Sim	Não		
Autoestima**	Insatisfeito	8 (88,9)	1 (11,1)	9	0,793
	Nem satisfeito nem insatisfeito	34 (79,1)	9 (20,9)	43	
	Satisfeito	8 (80,0)	2 (20,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 13, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e as dimensões de qualidade de vida não apresentaram diferenças significativas entre as ocorrências ou não de perda de cabelo ($p > 0,05$).

A Tabela 14 descreve os resultados da associação entre dor no ombro, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 14 - Relação entre dor no ombro, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Dor no ombro		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	6	0,678
	Não	34 (60,7)	22 (39,3)	56	

Tabela 14 - Relação entre dor no ombro, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Dor no ombro		Total	p
		Sim	Não		
Físico**	Insatisfeito	18 (75,0)	6 (25,0)	24	0,020***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	14 (63,6)	8 (36,4)	22	
	Satisfeito	5 (31,3)	11 (68,8)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	16 (66,7)	8 (33,3)	24	0,668
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12 (54,5)	10 (45,5)	22	
	Satisfeito	9 (56,3)	7 (43,8)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	10 (50,0)	10 (50,0)	20	0,050***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17 (81,0)	4 (19,0)	21	
	Satisfeito	10 (47,6)	11 (52,4)	21	
Meio- ambiente**	Insatisfeito	17 (70,8)	7 (29,2)	24	0,231
	Nem satisfeito nem insatisfeito	13 (59,1)	9 (40,9)	22	
	Satisfeito	7 (43,8)	9 (56,3)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	18 (75,0)	6 (25,0)	24	0,002****
	Nem satisfeito nem insatisfeito	18 (64,3)	10 (35,7)	28	
	Satisfeito	1 (10,0)	9 (90,0)	10	

Tabela 14 - Relação entre dor no ombro, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Dor no ombro		Total	p
		Sim	Não		
Autoestima**	Insatisfeito	5 (55,6)	4 (44,4)	9	0,760
	Nem satisfeito nem insatisfeito	25 (58,1)	18 (41,9)	43	
	Satisfeito	7 (70,0)	3 (30,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; ****Significativo para um $p < 0,01$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 14, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a maioria das dimensões de qualidade de vida não apresentou diferenças significativas entre a ocorrência e não ocorrência de dor no ombro ($p > 0,05$), com exceção para as dimensões físico ($p = 0,020$), relações sociais ($p = 0,050$) e saúde global ($p = 0,002$) que foram mais frequentes para insatisfação na categoria de ocorrência de dor.

A Tabela 15 descreve os resultados da associação entre classificação de dor, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 15 - Relação entre classificação de dor, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Classificação de dor		Total	p
		4 pontos ou menos	5 pontos ou mais		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	4 (66,7)	2 (33,3)	6	1,000
	Não	34 (60,7)	22 (39,3)	56	
Físico**	Insatisfeito	10 (41,7)	14 (58,3)	24	0,041***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16 (72,7)	6 (27,3)	22	
	Satisfeito	12 (75,0)	4 (25,0)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	14 (58,3)	10 (41,7)	24	0,705
	Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (68,2)	7 (31,8)	22	
	Satisfeito	9 (56,3)	7 (43,8)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	14 (70,0)	6 (30,0)	20	0,279
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10 (47,6)	11 (52,4)	21	
	Satisfeito	14 (66,7)	7 (33,3)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	13 (54,2)	11 (45,8)	24	0,164
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12 (54,5)	10 (45,5)	22	
	Satisfeito	13 (81,3)	3 (18,8)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	11 (45,8)	13 (54,2)	24	0,013***
	Nem satisfeito nem insatisfeito	17 (60,7)	11 (39,3)	28	
	Satisfeito	10 (100,0)	0 (0,0)	10	

Tabela 15 - Relação entre classificação de dor, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Classificação de dor		Total	p
		4 pontos ou menos	5 pontos ou mais		
Autoestima**	Insatisfeito	7 (77,8)	2 (22,2)	9	0,544
	Nem satisfeito nem insatisfeito	25 (58,1)	18 (41,9)	43	
	Satisfeito	6 (60,0)	4 (40,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 15, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a maioria das dimensões de qualidade de vida não apresentou diferenças significativas entre a classificação da dor ($p > 0,05$), com exceção para as dimensões físico ($p = 0,041$) e saúde global ($p = 0,013$) que foram mais frequentes para insatisfação na categoria de 5 pontos ou mais.

A Tabela 16 descreve os resultados da associação entre dificuldade de movimentação, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida (dimensões físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e saúde global) e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Tabela 16 - Relação entre dificuldade de movimentação, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Dificuldade de movimentação		Total	p
		Sim	Não		
Conhecimento sobre os procedimentos*	Sim	2 (33,3)	4 (66,7)	6	0,672
	Não	28 (50,0)	28 (50,0)	56	
Físico**	Insatisfeito	18 (75,0)	6 (25,0)	24	0,001****
	Nem satisfeito nem insatisfeito	10 (45,5)	12 (54,5)	22	
	Satisfeito	2 (12,5)	14 (87,5)	16	
Psicológico**	Insatisfeito	16 (66,7)	8 (33,3)	24	0,056
	Nem satisfeito nem insatisfeito	7 (31,8)	15 (68,2)	22	
	Satisfeito	7 (43,8)	9 (56,3)	16	
Relações sociais**	Insatisfeito	6 (30,0)	14 (70,0)	20	0,024****
	Nem satisfeito nem insatisfeito	15 (71,4)	6 (28,6)	21	
	Satisfeito	9 (42,9)	12 (57,1)	21	
Meio-ambiente**	Insatisfeito	17 (70,8)	7 (29,2)	24	0,012****
	Nem satisfeito nem insatisfeito	9 (40,9)	13 (59,1)	22	
	Satisfeito	4 (25,0)	12 (75,0)	16	
Saúde global**	Insatisfeito	18 (75,0)	6 (25,0)	24	< 0,001****
	Nem satisfeito nem insatisfeito	12 (42,9)	16 (57,1)	28	
	Satisfeito	0 (0,0)	10 (100,0)	10	

Tabela 16 - Relação entre dificuldade de movimentação, conhecimento sobre os procedimentos, qualidade de vida e autoestima das pessoas avaliadas no estudo.

Variáveis	Categorias	Dificuldade de movimentação		Total	p
		Sim	Não		
Autoestima**	Insatisfeito	2 (22,2)	7 (77,8)	9	0,208
	Nem satisfeito nem insatisfeito	22 (51,2)	21 (48,8)	43	
	Satisfeito	6 (60,0)	4 (40,0)	10	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado; ***Significativo para um $p < 0,05$; os valores entre parênteses representam as porcentagens por linha.

De acordo com os resultados descritos na Tabela 16, o conhecimento sobre os procedimentos, a autoestima e a dimensão de qualidade de vida psicológico não apresentou diferenças significativas entre a dificuldade de locomoção ($p > 0,05$), mas as dimensões físico ($p = 0,001$), relações sociais ($p = 0,024$), meio-ambiente ($p = 0,012$) e saúde global ($p < 0,001$) apresentaram diferenças significativas e foram mais frequentes para insatisfeito ou nem insatisfeito ou satisfeito para a categoria que confirmou a dificuldade de locomoção.

5. DISCUSSÃO

O envelhecimento saudável visa um atendimento integral ao idoso com enfoque multissetorial. Busca manter a capacidade funcional destas pessoas, revertendo doenças crônicas com ações que melhorem a capacidade intrínseca do indivíduo (OMS, 2015). A autopercepção da pessoa idosa sobre a saúde está relacionada a sua autonomia, as relações familiares e sociais e sua interação com o meio ambiente. Os determinantes socioeconômicos de gênero e escolaridade envolvem a percepção do idoso sobre sua saúde. Com ênfase à educação em saúde, modificação do estilo de vida e hábitos saudáveis podem promover a saúde desses indivíduos (MERLO; MORETTO; GUARIENTO, 2018). Considera-se uma pessoa com baixo peso ou magreza aquela que apresentar IMC abaixo de 18,5; já eutrofismo é o sujeito que apresentar IMC entre 18,5 a 24,9; por sua vez, obeso será o sujeito que apresentar IMC acima de 30 (OMS, 2017). Em 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos com mais de 18 anos tinham excesso de peso, sendo que 40% eram mulheres. Deste montante, cerca de 650 milhões eram obesos, sendo que 15% eram mulheres (OMS, 2017). O que ocasiona a obesidade e o excesso de peso é um desequilíbrio entre a ingesta calórica e o gasto. Os alimentos mais industrializados e ricos em gordura e atividades sedentárias associados a urbanização contribuíram para este aumento. O excesso de peso e a obesidade são fatores de risco não transmissíveis para doenças cardiovasculares, diabete melitus, distúrbios musculoesqueléticos e câncer, sendo que os mais prevalentes são o endométrio, próstata, fígado, vesícula biliar, rim, cólon e mama (TAVARES; NUNES; SANTOS, 2018).

A OMS traçou um plano global para combater a obesidade e buscar um controle e prevenção sobre as doenças não transmissíveis (DNTS). O objetivo é diminuir em 25% a mortalidade provocada pelas DNTS até 2025. As estratégias globais buscam diminuir o sedentarismo por meio do aumento do incentivo para realização de atividades físicas (OMS, 2017). A tendência mundial de um aumento maior da população idosa nos países em desenvolvimento aponta para a necessidade de proposição de políticas públicas

voltadas para a melhoria da saúde dessa população. No Brasil, 11% da população tem 60 anos ou mais. Essa faixa etária irá crescer, passando de 13,9 milhões em 2000 para 29,3 milhões em 2020, podendo chegar em 2060 a 73,5 milhões (MERLO; MORETTO; GUARIENTO, 2018). O excesso de peso corporal é fator de risco para o CM. O sobrepeso aumenta a morbidade nestes pacientes, recorrência da doença e mortalidade. Também afeta a QV, com disfunção sexual, neuropatia, cardiotoxicidade, fadiga e linfedema no membro superior. O tratamento visa diminuir o IMC, com mudanças no estilo de vida, dieta e exercício. A quimioterapia como adjuvante no tratamento do CM é frequente nos primeiros anos do enfrentamento da doença, contribuindo na diminuição das atividades esportivas após o diagnóstico do CM, levando a diminuição das taxas de metabolismo corporal no repouso destas mulheres (SHENG et al., 2018). Pacientes com CM podem ter degradação de massa muscular, alteração do seu metabolismo e perda de peso, entretanto o tratamento do CM provoca o contrário, ou seja, aumento do peso corporal pela quimioterapia, e em mulheres com idade acima de 50 anos por ter seu metabolismo lento aumentam seu IMC. Abordagem sistêmica, com exercícios ativos e reeducação alimentar podem contribuir para a manutenção ou diminuição do IMC (SHENG et al., 2018). Pacientes com faixa etária menor que 35 anos obtiveram o conhecimento a respeito de sua doença e dos métodos de reconstrução de mama através dos meios eletrônicos, enquanto as de maior faixa etária através de outras mulheres com a mesma doença e pela televisão. Os cirurgiões foram a maior fonte de explicação dentre todas. Ocorreu uma forte associação entre mulheres casadas e solteiras na reconstrução mamária, se comparadas as mais velhas. Uma maior taxa de reconstrução de mama foi observada em mulheres com menos de 45 anos de idade (KÁSLER, 2014).

Foi efetivo para melhorar o conhecimento a respeito da RM as informações do cirurgião, fotografias, vídeos, enfermagem, internet e televisão. Mulheres com CM tem um período estressante no pré-operatório com pouco conhecimento a respeito da cirurgia

a que vão se submeter, com sentimentos de ansiedade, medo e pânico pela retirada da mama, sendo de grande importância a equipe de saúde que tem o papel de educar e apoiar emocionalmente estas mulheres minimizando os efeitos negativos desta doença (ALVES et al., 2010). Pacientes referem que tiveram esclarecimentos sobre a reconstrução de mama (RM), através de um cirurgião plástico ou oncologista, mas o entendimento sobre o procedimento foi baixo. Mulheres solteiras, casadas e divorciadas com menos de 45 anos de idade buscaram a RM por terem uma vida sexual ativa. Não houve uma relação entre laços familiares e estado civil na RM (KÁSLER, 2014).

O câncer de mama em mulheres jovens abaixo dos 50 anos de idade pode ter efeitos graves na aparência corporal destas mulheres, por efeito mutilador da cirurgia e pelos efeitos da quimioterapia que leva a uma menopausa precoce sem possibilidades de tratamento com reposição hormonal pela neoplasia mamária. Relatos de perda ou aumento de peso, dificuldades de relacionamento com o parceiro, perda de cabelos, baixa autoestima foram comuns após a cirurgia para o CM. Um planejamento com informações precisas a respeito do tratamento proposto, e suas implicações podem minimizar os seus efeitos sobre as relações sociais e a atividade sexual, bem como a troca de experiências com mulheres que tiveram a mesma experiência, isto particularmente quando estas mulheres já relatam antes do tratamento que possuem dificuldades de relacionamento com companheiro e baixa autoestima (FOBAIR et al., 2006).

Mulheres com idade entre 15 e 25 anos com diagnóstico de CM no estudo de DALAS apresentaram impactos negativos tanto na qualidade de vida quanto na atividade física, sendo que as mulheres que não receberam informações a respeito da sua doença e tratamento tiveram dificuldades maiores para retornar ao seu estado antes da doença, sugerindo que a mulheres que tiveram intervenções promovendo atividade física e promovendo comportamentos ativos no estilo de vida melhoraram os estados de saúde e

QV durante o período de sobrevida. As atividades físicas e comportamentos saudáveis podem melhorar a QV destas pessoas (SIMEÃO et al., 2013b). Existem diretrizes europeias que norteiam as informações que as mulheres com CM devem receber a respeito da RM, seus aspectos psicossociais, e o impacto emocional que a cirurgia poderá provocar. Identificou-se um baixo conhecimento a respeito da doença e dos procedimentos cirúrgicos, sendo que para minimizar este baixo conhecimento devemos estimular as mulheres a pesquisar nos meios eletrônicos as informações disponíveis a respeito da doença e dos possíveis tratamentos e consequências, discussão com os profissionais de saúde, mastologistas e cirurgiões plásticos sobre a MM e RM. O nível educacional, a profissão e a idade menor de 50 anos influenciam o conhecimento sobre os procedimentos. Quanto maior a escolaridade maiores serão os conhecimentos a respeito dos procedimentos, melhorando a QV. Em mulheres que estão envelhecendo, os anseios para RM diminuem, à medida que questões relacionadas com emprego, confiança, conhecimento, estado civil e aparência com o corpo tornam-se menos importantes, onde outras áreas da vida têm maior valia (KÁSLER, 2014).

Países desenvolvidos apresentam uma eficácia maior no enfrentamento do CM, pois possuem diretrizes bem delineadas quanto à detecção precoce da doença, diagnóstico e tratamento, enquanto que nos subdesenvolvidos encontramos renda familiar baixa e infraestruturas de exames de mamas precárias, e em muitos casos não disponíveis. Isto tende ao diagnóstico tardio da doença com índices de cura baixos. Algumas mulheres, por apresentar nível socioeconômico baixo escondem a doença CM, o que agrava suas consequências. Países pobres da África apresentam disponibilidade de profissionais de saúde para o tratamento do CM limitada se comparados aos países da Europa. Mulheres pobres ou analfabetas tem menor conhecimento sobre a doença e oportunidades de diagnóstico e tratamento do CM se comparadas às mulheres com nível socioeconômico maior (ANYANWU; ANYANWU; YAKUBU, 2016). Ainda segundo os autores,

mulheres trabalhadoras e que possuam independência financeira possuem melhor acesso a métodos diagnósticos e tratamento de saúde se comparadas as desempregadas e que possuam dependência de seus companheiros. Atitudes culturais e educacionais sobre o CM determinam uma melhor sobrevida. Nos EUA a disseminação dos exames de mamografia a partir de 1974 e a educação das mulheres no que tangem ao autoexame das mamas, e a propagação dos conhecimentos sobre a doença diminuíram a mortalidade da doença. Nos países em desenvolvimento, a falta de verbas públicas para fazer frente as políticas de saúde, podem ser compensadas por mudanças culturais e melhor acesso ao conhecimento sobre a doença, exames de mamografia e programas de saúde da mama, levando ao diagnóstico precoce do CM e melhorando as taxas de cura e sobrevida.

A cirurgia do CM leva a consequências relacionadas à atividade econômica, sendo que em 57% houve diminuição da renda familiar, pois muitas mulheres acabaram se aposentando e outras cessaram a carreira profissional, pelas sequelas da cirurgia e pelas deformidades cirúrgicas associadas à depressão (LATALSKI et al., 2001). A baixa renda e fatores socioculturais levam mulheres do Catar, Oriente Médio, um país rico que possui o maior produto interno bruto (PIB) do mundo, a terem menor participação nos serviços públicos que são todos gratuitos na detecção precoce do CM. Os fatores preditores mais fortes para a participação nos programas de prevenção ao CM são renda familiar e ensino superior alto, se comparados aos mais baixos. Religião, parentes, companheiro, campanhas de mídia e atuação dos profissionais de saúde são determinantes para o engajamento destas mulheres no diagnóstico precoce do CM (DONNELLY et al., 2015). Mulheres coreanas que apresentaram CM que estavam empregadas e socialmente ativas tiveram dificuldades de retorno aos postos de trabalho, pela modificação de sua aparência corporal o que ocasionou angústia se comparadas com as aposentadas ou socialmente inativas. As mulheres com renda e escolaridade maior apresentaram efeito positivo na

qualidade de vida global se comparadas as com menor renda e escolaridade (CHANG et al., 2014).

A idade, o local de residência, a escolaridade, profissão e estado marital interferem no tratamento do CM e RM. O estudo de mulheres húngaras aponta que quanto maior o status social, maiores os conhecimentos sobre a doença e melhores resultados são obtidos no tratamento do CM (KÁSLER, 2014). Mulheres turcas que vivem em áreas urbanas possuem maior renda per capita, fazem mais reconstrução de mama se comparadas as mulheres de áreas rurais, e com menor renda familiar (NOYAN et al., 2006). O estado civil influencia a decisão de realizar RM. As mulheres solteiras, e as divorciadas tem claramente anseios de realizar RM, bem como as casadas jovens com vida sexual ativa. As viúvas e com idade mais avançada não têm claras a RM. Na população em geral, 50% das mulheres esperam realizar RM pós-mastectomia. A ansiedade da necessidade de mastectomia provoca alterações psicológicas de ansiedade de moderada a grave em 85% das pacientes. A RM visa minimizar estes efeitos. Uma abordagem multiprofissional a estas mulheres tem importante papel no apoio psicológico destas mulheres. A RM melhora a imagem corporal, a feminilidade e a sexualidade. Mulheres casadas de meia idade não tinham diferença significativa em realizar RM, diferentemente entre solteiras ou divorciadas que tinham claramente a necessidade de RM (KÁSLER, 2014).

Os parceiros íntimos têm papel fundamental no enfrentamento do CM, fortalecendo a mulher no que se refere a sua aparência física, perda de um órgão e nas suas relações sociais. Alguns relatos de perda do parceiro por abandono são evidenciados, entretanto muitas mulheres relataram que o entrosamento com os parceiros são fatores positivos no enfrentamento do CM, mas relataram dificuldades em falar sobre a doença com os parceiros. Mulheres solteiras descreveram angústias em um novo relacionamento pois na intimidade expor as cicatrizes da cirurgia do CM podem interferir. A reação é

individual de cada mulher de acordo com suas relações sociais, íntimas, de trabalho e econômicas (SIMEÃO et al., 2013b). O diagnóstico de CM provoca nas mulheres baixa autoestima, com sentimentos dominantes de medo e tristeza, com aumento da irritabilidade e excitabilidade nervosa. A renda familiar diminuiu em consequência da doença, pela mudança na vida profissional e aposentadoria (DONNELLY et al., 2015). Mulheres casadas e com nível socioeconômico maior, e com escolaridade superior tem consciência para o tratamento do CM, com maiores preditores e enfrentamento da doença (LATALSKI et al., 2001). Os parceiros tiveram sentimentos de perda e morte após o diagnóstico de CM de suas parceiras, com sensações imprevisíveis, mas que fortaleceram a estimular e fortalecer a mulher na busca pelo tratamento, para enfrentar esta situação adversa (YOSHIMUCHI et al., 2018).

No sistema de saúde da Turquia, um pequeno grupo de mulheres que foram mastectomizadas faz reconstrução de mama. Isto se deve ao fato que a RM não faz parte do sistema público de saúde, e que os custos do tratamento particular são expressivos. As mulheres que realizaram a cirurgia do CM não têm importância quanto as mamas e a RM, pois são consideradas como vaidade, pois a cirurgia da RM é estigmatizada como uma cirurgia estética e não reparadora. Questões culturais e da valorização da mulher são influenciadoras no estigma da não realização de RM. O tempo de avaliação do tratamento do CM cirúrgico e medicamentoso foi de um ano. Após cinco anos, estas mulheres foram considerados livres da doença (NOYAN et al., 2006). A reconstrução de mama pós-mastectomia tende a proporcionar mudanças importantes no bem-estar e satisfação das mulheres com CM, positivas e duradoras, da mulher com seu seio, e com o bem-estar psicológico. A ansiedade pré-operatória ficou reduzida, e com o conhecimento destas mulheres, tomando decisões individualizadas, acarretando melhora na QV e autoestima (MCCARTHY et al., 2017).

Algumas mulheres evidenciam os resultados e impactos na QV e autoestima quando finalizam o tratamento ao CM. Neste período é que aparecem os efeitos psicológicos do tratamento e das alterações físicas visíveis. É neste momento e no início do tratamento que os profissionais da saúde devem estar atentos mantendo uma autoestima positiva destas mulheres através do cuidado ativo (BERTERÖ, 2002). A perda de cabelo pode influenciar de forma negativa na autoimagem e autoestima de mulheres com CM. O uso de um produto placebo que mimetiza os fios de cabelo melhorou a AE e QV destes pacientes (PINSKI, 2014). A perda de cabelos em mulheres piora a autoestima e QV, com aumento do stress. Uma abordagem ativa nestas mulheres pode prevenir as consequências da perda de cabelos, que possui uma incidência elevada em mulheres com CM que realizam quimioterapia, com índices de 92% de incidência (TORRES; TOSTI, 2015). As relações familiares influenciam de forma positiva das mulheres com CM. Fornecem um apoio social importante no enfrentamento da doença, diminuindo a solidão e o isolamento social (CAMPBELL-ENNS; WOODGATE, 2015). A alopecia aerata (AA) nas mulheres interfere negativamente na autoestima e bem-estar psicológico, podendo influenciar em comorbidades psiquiátricas. A compreensão desta condição é importante para a prevenção de morbidades pela perda de cabelos. Como a evolução da alopecia é favorável, pois os cabelos voltam a crescer após o término da quimioterapia, este entendimento por parte das mulheres e dos profissionais da saúde tem papel importante para evitar alterações de autoestima e QV (STRAZZULLA et al., 2018).

A atividade física nas mulheres com CM diminui os sintomas de depressão e ansiedade, bem como correlações negativas do cotidiano, melhorando a autoestima, saúde global e QV. Estes exercícios se provaram importantes durante e após o tratamento do CM, devendo ser mantidos por maior tempo possível (PATSOU et al., 2018). A atividade física, absenteísmo ao álcool, menor ingestão de alimentos como carne vermelha e diminuição do IMC são fatores positivos para redução do CM. Com uma abordagem

multiprofissional buscando um tratamento individualizado pode reduzir as complicações do tratamento do CM a estas mulheres e a intensidade da dor (SPILLANE, 2016). Pacientes que fizeram exercícios de 12 semanas de treinamento diminuem a dor no pós-operatório, seja em intensidade, ou nos locais de dor e na interferência nas suas atividades cotidianas. Os exercícios físicos contribuem nas unidades motoras, com mais fibras nervosas e neurônios motores, com melhor controle das articulações e tecidos moles. A dor pode ser minimizada pelos exercícios aeróbicos, com liberação de beta-endorfinas, diminuindo atividade do sistema simpático, com sonolência e estabilidade psicológica. A fadiga e o IMC não sofreram alterações neste estudo. O tratamento combinado com exercícios aeróbicos, resistência e flexibilidade é útil na abordagem da dor no pós-operatório de mulheres mastectomizadas (REIS et al., 2018). As mulheres ativas durante o tratamento do CM e após seu término tiveram autoestima, saúde global e QV superiores as que eram inativas, e menos sintomas depressivos e de ansiedade, no que se refere as atividades físicas (PATSOU et al., 2018). O treinamento físico de mulheres com CM contribui para redução de dor no pós-operatório, sendo considerado tratamento não farmacológico. O exercício aeróbico interfere nos pontos de dor, na sua intensidade, diminuindo a intensidade da dor por liberação de mediadores químicos da dor como as endorfinas. Melhora os movimentos, evita ombros congelados, sono e estabilidade psicológica são equilibrados. A atividade física e exercícios melhoram os sintomas da dor mas não influenciam o IMC (REIS et al., 2018).

As mulheres que realizaram mastectomia e retirada do linfonodo sentinela (LS), no acompanhamento de dois anos de pós-operatório apresentaram escores baixos de sintomas. O ombro teve piora dos sintomas de 8 meses a 2 anos, sendo que após este período os sintomas diminuíram. Estes sintomas são exacerbados quando associado a radioterapia da mama e axila, incluindo linfedema e dificuldade de movimentação do membro superior operado, acometendo 40% das pacientes. A dor é mais prevalente logo

após a cirurgia enquanto o linfedema aparece mais tardiamente, ocasionando dificuldade de levantar o braço, de movimentá-lo e dor. A prevenção destes sintomas se encontra na não realização de esvaziamento ganglionar, e no uso de radioterapia mais focal, com menor lesão de estruturas circunvizinhas a mama (WENNMAN-LARSEN, 2015).

As limitações do presente estudo são relativas ao grupo estudado, que representa uma amostra de um grupo de mulheres com CM oriundas de oitenta municípios do Norte do Rio grande do Sul pertencente a UNACON de Erechim-RS. Os resultados demonstram uma importância no tratamento do CM, para enfrentamento da doença, das consequências em relação a AE e QV, nas alterações que o envaziamento ganglionar provoca no ombro, no absenteísmo ao trabalho, e nas relações com o companheiro. O estudo demonstrou que as mulheres têm baixo conhecimento a respeito da doença, do tratamento, e suas consequências, o que é demonstrado também em outros estudos. A RM não é ofertada a estas mulheres, mesmo que exista uma lei federal de 2013 que determina a RM como parte do tratamento ao CM. A baixa escolaridade e renda familiar podem contribuir no desconhecimento dos direitos à RM, bem como a baixa QV e AE. Novas pesquisas se fazem necessárias para melhor compreensão destas mulheres, de seus anseios, dúvidas, sentimentos e necessidades.

5 CONCLUSÕES

O conhecimento sobre os procedimentos para a realização da mastectomia radical assinala que nove em cada dez mulheres desconhecem essas técnicas. Isto é evidenciado na grande maioria dos artigos de revisão bem como na prática médica. A baixa escolaridade e renda contribuem com esta realidade. A dificuldade do acesso aos meios eletrônicos também contribue na baixa procura por informações.

O uso de medicamentos contínuos foi mensurado também para uma proporção de nove para cada uma mulher no tratamento do CM. Nenhuma referência foi encontrada para corroborar neste achado. Muitas mulheres utilizam medicações indutoras do sono e antidepressivos como coadjuvantes para fazer frente aos sintomas de baixa AE, distúrbios depressivos e do sono.

A perda de cabelo foi uma consequência da realização de quimioterapia para oito entre dez mulheres que se submeteram ao tratamento do CM. Apesar de não ter sido encontrado significância estatística, a perda de cabelo ocorreu em 83,3% das mulheres que estavam insatisfeitas no domínio saúde global. A perda de cabelos demonstra, nestas mulheres, a doença CM. Muitas mulheres, até não realizarem a quimioterapia, e, em consequência a perda de cabelos, são taxadas de exageradas e que não tem câncer, mas após perderem os cabelos confirmam o diagnóstico para seus familiares e pessoas do convívio social.

As percepções das mulheres avaliadas sobre a sua qualidade de vida apontam que apenas uma de cada três mulheres está satisfeita quanto aos aspectos físico, psicológico, meio-ambiente e relação social. Dois terços destas estão insatisfeitas, prejudicando a QV da maioria delas. As dimensões psicológicas, meio-ambiente e relações sociais estão prejudicadas, pois o diagnóstico do CM provoca alterações psicológicas, como depressão, inatividade, pensamentos de morte, mutilação, alterações funcionais e sexuais no corpo

feminino, dificultando o relacionamento com seus pares, cônjuges, filhos, colegas de trabalho.

A insatisfação em relação à dimensão da relação social se torna mais acentuada para as pessoas mais velhas. Quanto maior a idade, menor são as relações sociais, mais viúves, solidão, redução nas atividades físicas e de locomoção, restringindo o convívio nas atividades sociais e de viagens, levando ao isolamento social.

A insatisfação em relação à saúde global é mais saliente para as mulheres de menor renda familiar. A baixa renda dificulta o acesso ao diagnóstico e tratamento do CM, com diagnósticos mais tardios da doença, com diminuição de cura e cirurgias mais agressivas. Pessoas com maior renda familiar fazem diagnósticos mais precoces, com cirurgias menos invasivas, e conseqüentemente com menos sequelas físicas e emocionais.

Mulheres magras estão mais satisfeitas quanto aos aspectos psicológicos. Mulheres obesas apresentam baixa AE, sendo mais prevalente distúrbios psicológicos. A magreza associa-se a uma aceitação melhor do corpo, de seus aspectos psicológicos, com um entendimento mais adequado nas alterações físicas e psicológicas que o tratamento do CM provoca nestas mulheres.

Quanto menor o tempo de realização da mastectomia radical maior será a insatisfação sobre o aspecto físico. Isto pode ser explicado em virtude das alterações físicas decorrentes da cirurgia do CM provocam no corpo serem mais evidentes nos anos iniciais, enquanto que com o decorrer do tempo a cura da doença, o tratamento adjuvante e o retorno ao trabalho podem amenizar as sequelas físicas.

Mulheres que indicaram dor no ombro do lado da mama operada indicaram estar insatisfeitas quanto aos aspectos físico, relações sociais e saúde global. A dor contribui para a piora dos aspectos físicos, impondo limitações de movimento no braço operado, muitas vezes levando a situações de ombro congelado, o que impede o movimento do mesmo, impedindo as atividades diárias de higiene pessoal, afazeres domésticos, dirigir e trabalhar.

A dor foi classificada como sendo mais intensa para as mulheres que indicaram estarem insatisfeitas com relação aos aspectos físico e saúde global. Dor mais intensa, maior injeção de analgésicos, incapacidade funcional e laboral, piora do físico e emocional e da saúde como um todo.

As mulheres que indicaram ter dificuldades na movimentação apontaram estarem insatisfeitas quanto aos aspectos físico, relações sociais, meio-ambiente e saúde global. O movimento dos braços operado fica prejudicado, dificultando as atividades sociais como práticas desportivas, dança, caminhadas, corridas, sendo que lesão nervosa consequente ao esvaziamento dos gânglios axilares pode levar a assimetrias dos ombros, com modificações físicas importantes. A relação de proporção quanto à autoestima foi ainda mais acentuada, apontando menos de duas mulheres para cada dez avaliadas tinham AE normal.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E. DE; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 113–131, 2002.
- ALVES, P. C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 4, p. 989–995, 2010.
- AMENDOLA, L. C. B.; VIEIRA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 325–330, 2005.
- ANYANWU, L.-J.; ANYANWU, O.; YAKUBU, A. Missed opportunities for breast awareness information among women attending the maternal and child health services of an urban tertiary hospital in Northern Nigeria. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v. 12, n. 2, p. 765, 2016.
- BARSOTTI, D.; MELONI, E. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama : uma revisão sistemática da literatura Body image of women with breast cancer : a systematic review of literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511–2522, 2011.
- BERTERÖ, C. M. Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. **Psycho-Oncology**, v. 11, n. 4, p. 356–364, jul. 2002.
- BEZERRA, T. S. et al. Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para câncer de mama. **Revista Dor.**, v. 13, n. 4, p. 320–326, 2012.
- BLACAM, C. DE et al. Is satisfaction with surgeon a determining factor in patient reported outcomes in breast reconstruction? **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**, v. 69, n. 9, p. 1248–1253, 2016.

BRASIL. **Câncer de mama: é preciso falar disso**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPBELL-ENNS, H.; WOODGATE, R. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol Centers conducting the review Review question/objective. **JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports**, v. 13, n. 1, p. 112–121, 2015.

CHANG, O. et al. Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, 2014.

CHRISTENSEN, K. et al. Ageing populations: the challenges ahead. **Lancet**, v. 374, n. 9696, p. 1196–1208, 3 out. 2009.

CONDE, D. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, p. 195–204, 2006.

COSTA, A. M. N. et al. Mulheres e a Mastectomia: Revisão Literária. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 44, p. 58–63, 2015.

DA SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 231–237, 2008.

DANTAS, É. et al. Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 3, p. 263–269, 2009.

DIAS, M. et al. Implicações das cirurgias de câncer de mama nas atividades profissionais. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 2, p. 325–332, 2017.

- DONNELLY, T. T. et al. Addressing factors associated with Arab women's socioeconomic status may reduce breast cancer mortality: Report from a well resourced Middle Eastern country. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 16, n. 15, p. 6303–6309, 2015.
- FANNI, T. P. et al. Adesão às recomendações do World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research de mulheres durante tratamento para o câncer de mama. **Nutrição Clínica e Dieta Hospitalar**, v. 36, n. 2, p. 150–157, 2016.
- FAYER, V. A. et al. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 766–778, 2016.
- FERNANDES, M. M. J. et al. Autoestima de mulheres mastectomizadas- aplicação da escala de rosenberg. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 101–108, 2013.
- FERREIRA, D. D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 536–544, 2011.
- FLECK, M. P. DE A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19–28, mar. 1999.
- FOBAIR, P. et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. **Psycho-Oncology**, 2006.
- FURLAN, V. L. A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 2, p. 264–269, jun. 2013.

GIMENES, R. O. et al. Fisioterapia aquática e de solo em grupo na postura de mulheres mastectomizadas. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 31, n. 1, p. 79–83, 2013.

GÓIS, M. C. et al. **Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar**. [s.l.] Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, 2012. v. 21

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. da. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 509–516, 2013.

GOMES, N. S.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. da. Self-esteem and quality of life in women undergoing breast cancer surgery. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 120–126, 2015a.

GOMES, N. S.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. DA. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 120–126, 2015b.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 41–49, 2011.

INOCENTI, A. et al. Repercussão Dos Efeitos Da Cirurgia Reconstructora Na Vida Impact of the Effects of the Reconstructive Surgery in the Life of Women With Breast Cancer. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2016a.

INOCENTI, A. et al. Impact of the Effects of the Reconstructive Surgery in the Life of Women With Breast Cancer. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016b.

JERÔNIMO, A. F. DE A. et al. Efeitos da cinesioterapia na força muscular e amplitude de movimento em pacientes mastectomizadas. **III Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Oncologia**, v. 14, n. 4, p. 5–8, 2013.

- JUHL, A. A. et al. Unilateral breast reconstruction after mastectomy – patient satisfaction, aesthetic outcome and quality of life. **Acta Oncologica**, v. 0, n. 0, p. 1–11, 2017.
- KÁSLER, M. Evaluation of Patient Knowledge, Desire, and Psychosocial Background regarding Postmastectomy Breast Reconstruction in Hungary: A Questionnaire Study of 500 Cases. **Medical Science Monitor**, v. 20, p. 2633–2642, 2014.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3 suppl, p. 0–0, 2009.
- LATALSKI, M. et al. Social consequences of breast cancer in women suffering from the disease. **Wiadomosci lekarskie**, v. 54, n. 7–8, p. 391–8, 2001.
- LEILA, M. et al. Sexuality after breast cancer: Cultural specificities of Tunisian population. **Pan African Medical Journal**, v. 25, n. 17, p. 1–10, 2016.
- MAJEWSKI, J. M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707–716, 2012.
- MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. D. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49–58, 2006.
- MARTINEZ, K. A. et al. Decision regret following treatment for localized breast cancer: is regret stable over time? **HHS Public Access**, v. 28, n. 10, p. 1304–1314, 2016.
- MARTINEZ, M. A. R. et al. Molecular genetics of non-melanoma skin cancer. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 5, p. 405–419, 2006.

- MCCARTHY, C. M. et al. Impact of Bilateral Prophylactic Mastectomy and Immediate Reconstruction on Health-Related Quality of Life in Women at High Risk for Breast Carcinoma: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. **Annals of Surgical Oncology**, v. 24, n. 9, p. 2502–2508, set. 2017.
- MENDES, I. DOS S. et al. Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 189–196, 2014.
- MERLO, C. DE A.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 1, p. 11–22, ago. 2018.
- MOREIRA, F.; PIVETTA, H. M. F. Efeitos da cinesioterapia e massoterapia sobre a funcionalidade do ombro e força muscular respiratória de mulheres mastectomizadas. **Fisioterapia Brasil**, v. 13, n. 4, p. 250–255, 2012.
- MOREIRA, H.; CANAVARRO, M. C. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 14, n. 4, p. 263–270, 2010.
- NASCIMENTO, S. L. DO et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 3, p. 248–255, 2012.
- NICOLAOU, P. K.; PADOIN, L. V. O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 23, n. 3, p. 92–94, 2013.
- NOYAN, M. A. et al. Variables Affecting Patient Satisfaction in Breast Surgery: A Cross-Sectional Sample of Turkish Women with Breast Cancer. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 36, n. 3, p. 299–313, set. 2006.

OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2017.

OMS. **Classificação do IMC – Combate à Obesidade**. 2015.

PATSOU, E. D. et al. Physical activity and sociodemographic variables related to global health, quality of life, and psychological factors in breast cancer survivors. **Psychology Research and Behavior Management**, v. 11, p. 371–381, 2018.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, 2010.

PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 791–795, 2006.

PINHEIRO, B. D. M. et al. Revisões De Literatura Fisioterapia Na Flexibilidade Do Ombro Pós Cirurgia De Câncer De Mama. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 2, p. 189–199, 2016.

PINSKI, K. S. Patient satisfaction following the use of a hair fiber filler product to temporarily increase the thickness and fullness of thinning hair. **Skinmed**, v. 12, n. 5, p. 278–81, 2014.

RAZDAN, S. N. et al. Quality of life among patients after bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient reported outcomes Shantanu. **Quality of Life Research**, v. 150, n. 2, p. 137–143, 2016.

REIS, A. D. et al. Effect of exercise on pain and functional capacity in breast cancer patients. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, p. 58, dez. 2018.

RETT, M. T. et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista Dor**, v. 13, n. 3, p. 201–207, 2012.

- RETT, M. T. et al. Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. **Revista Ciência e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 18–24, 2013.
- ROCHA, M. S. et al. Avaliação funcional pré e pós-cirurgia conservadora da mama e linfadenectomia axilar: relato de caso. **Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 55–64, 2014.
- ROSSI, L.; SANTOS, M. A. DOS. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 32–41, 2003.
- SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263–72, 2001.
- SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL’AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 395–403, 2010.
- SCHNAIDER, T. B. Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. **Revista do Médico Residente**, v. 05, n. 4, p. 1–7, 2012.
- SHENG, J. Y. et al. Obese breast cancer patients and survivors: management considerations. **Oncology**, v. 32, n. 8, p. 410–417, 2018.
- SIMEÃO, S. F. DE A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013a.
- SIMEÃO, S. F. DE A. P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013b.

- SINAEI, F. et al. Association Between Breast Reconstruction Surgery and Quality of Life in Iranian Breast Cancer Patients. **Acta Med Iran**, n. 10, p. 35–41, 2016.
- SPELLANE, A. J. What is new in the surgical management and prevention of breast cancer? **The Medical Journal of Australia**, v. 204, n. 8, p. 311–314, maio 2016.
- STRAZZULLA, L. C. et al. Alopecia areata. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 78, n. 1, p. 1–12, jan. 2018.
- TALHAFFERRO, B.; LEMOS, S. S.; OLIVEIRA, E. DE. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 17–22, 2007.
- TAVARES, T. B.; NUNES, S. M.; SANTOS, M. DE O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 20, n. 3, p. 359–366, 2018.
- TORRES, F.; TOSTI, A. Female pattern alopecia and telogen effluvium: figuring out diffuse alopecia. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery**, v. 34, n. 2, p. 67–71, jun. 2015.
- VIEIRA, A. DA C. R. et al. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 3, p. 126–132, 2016.
- VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. DE M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 311–6, n. 2, p. 311–316, jun. 2007.
- VIEIRA, D. S. C. et al. Carcinoma de mama : novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 42–47, 2008.

WENNMANN-LARSEN, A. et al. Consistency of breast and arm symptoms during the first two years after breast cancer surgery. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 42, n. 2, p. 145–155, 2015. doi: 10.1188/15.ONF.145-155.

WHO. **Cancer**. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/en/>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

YOSHIMUCHI, L. T. B. et al. The experience of the partners of women with breast cancer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–7, 2018.

ANEXOS

Anexo A. Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Escala de qualidade de vida WHOQOL-bref

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser: nada, muito pouco, médio, muito, completamente. Você recebe dos outros o apoio de que necessita? 1 2 3 4 5 Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio. Você recebe dos outros o apoio de que necessita? Respostas: 1, 2, 3, 4, 5. Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou foi capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre Quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu Meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Anexo B. Escala de autoestima de Rosenberg

Escala de autoestima de Rosenberg

		Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
1	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.	a	b	c	d
2	Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).	a	b	c	d
3	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	a	b	c	d
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	a	b	c	d
5	Não sinto satisfação nas coisas que realizarei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	a	b	c	d
6	Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	a	b	c	d
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	a	b	c	d
8	Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesma.	a	b	c	d
9	Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.	a	b	c	d
10	Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesma.	a	b	c	d

Anexo C. Parecer CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por neoplasia mamária.

Pesquisador: RINEDE LUIS MANFREDINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77720817.6.0000.5342

Instituição Proponente: Universidade de Passo Fundo/Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.408.320

Apresentação do Projeto:

O objetivo é avaliar a influência da cirurgia mastectomia radical modificada no tratamento do câncer de mama na qualidade de vida e autoestima de mulheres que não realizaram reconstrução de mama. O problema da pesquisa que se busca compreender é: Avaliar a influência da mastectomia radical modificada na qualidade de vida e autoestima de mulheres portadoras de câncer de mama. O estudo é do tipo coorte, descritivo e analítico. A

população do estudo é composta por 575 indivíduos, que realizaram cirurgia de mastectomia mamária radical modificada, no município de Erechim/RS, no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2016. Os dados de identificação foram obtidos no prontuário eletrônico da Unidade de Assistência de Alta Complexidade desta cidade. Os dados foram obtidos após autorização expressa da direção da instituição. Todas as mulheres que realizaram mastectomia pelo Sistema Único de Saúde responderão os instrumentos e o questionário de coleta de dados. Os documentos serão enviados por correspondência pelos Correios. Para analisar os efeitos serão utilizados os testes de qualidade de vida WHOQOL-bref e Escala de Rosenberg, juntamente com o questionário elaborado para caracterização socioeconômica da população estudada. Os dados serão analisados por meio da linguagem R 3.3.2. Para analisar os efeitos serão utilizados os seguintes testes estatísticos: teste t de Student, análise de variância, teste qui-quadrado ou exato de Fisher e correlação de Pearson. e regressão logística multinomial. O nível de significância definido para rejeição de H0

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900

UF: RS **Município:** PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 2.408.320

será = 0,05. A principal contribuição deste estudo será a descrição dos efeitos da mastectomia radical modificada para o tratamento de neoplasia mamária, na qualidade de vida e autoestima de mulheres que não realizaram reconstrução de mama.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a influência da mastectomia mamária na qualidade de vida e autoestima de mulheres portadoras de câncer de mama

Objetivo Secundário:

Avaliar o impacto da não realização de reconstrução de mama na qualidade de vida de mulheres que realizaram mastectomia.

Avaliar o impacto da não realização de reconstrução de mama na autoestima de mulheres que realizaram mastectomia.

Caracterizar o perfil socioeconômico de mulheres que realizaram mastectomia.

Analisar as alterações do membro superior associado ao esvaziamento ganglionar.

Encaminhar um relatório a respeito dos resultados obtidos e encontrados na pesquisa as autoridades de saúde do município.

Apresentar os resultados em eventos científicos nacionais e internacionais da área de concentração do projeto de pesquisa.

Publicar os resultados encontrados em periódicos de alto fator de impacto da área de concentração do programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são desconhecidos, podendo, entretanto, ocorrer desconforto por dispensar tempo para responder o questionário. Qualquer alteração que possa ocorrer no pesquisado, será acolhido e encaminhado ao setor de atendimento do Centro de Apoio Psicológico do município de Erechim, do Estado do Rio Grande do Sul.

Benefícios:

Para as participantes do estudo, o benefício é de estar colaborando com informações que possam vir a qualificar a assistência a mulheres que irão se submeter ao mesmo tratamento cirúrgico. Para a comunidade acadêmica, o benefício será de ampliar os conhecimentos sobre o tema, permitir reflexões e a realização de novos estudos direcionados a este público. Para a comunidade em geral, será de ter informações que possam colaborar com a melhoria da reabilitação das mulheres

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 **E-mail:** cep@upf.br

Continuação do Parecer: 2.408.320

que se submetem a este tipo de cirurgia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é do tipo coorte, de caráter descritivo, quantitativo. A população do estudo é composta por 537 pessoas participantes do UNACON, município de Erechim/RS. As mulheres que concordarem a participar do estudo responderão ao questionário de coleta de dados. Serão incluídos no estudo as mulheres mastectomizadas por câncer de mama no município de Erechim, e notificados na UNACON e que concordarem a participar da pesquisa, nos últimos dez anos. Serão excluídas as mulheres que não quiserem participar do estudo, que tiverem os questionários

respondidos incompletos, que desistirem da pesquisa, que não realizaram a cirurgia de mastectomia mamária radical modificada. dadosO estudo terá uma duração de três meses, entre o envio inicial e a devolução das cartas respostas. As pessoas participantes da pesquisa responderão o questionário de coleta de dados para caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico, que serão pessoas adultas, mulheres com câncer de mama e que se submeteram a mastectomia mamária radical modificada, responderão também o instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e a escala de autoestima de Rosenberg. Esses documentos serão enviados pelos Correios, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual deixa claros os objetivos, a justificativa e procedimentos do estudo assinado. Os dados serão analisados por meio da linguagem R 3.3.2. Para analisar os efeitos serão utilizados os seguintes testes estatísticos: teste t de Student, análise de variância, teste qui-quadrado ou exato de Fisher e correlação de Pearson. e regressão logística multinomial. O nível de significância definido para rejeição de H0 será $\alpha = 0,05$.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12,

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 **E-mail:** cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 2.408.320

do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_992960.pdf	26/11/2017 22:40:13		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termopesquisa.pdf	26/11/2017 22:39:04	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FHSTE.pdf	26/11/2017 22:38:35	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	26/11/2017 22:35:56	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito
Outros	termo.pdf	24/09/2017 13:12:04	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	06/09/2017 13:13:45	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoFinal.docx	05/09/2017 23:44:03	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	05/09/2017 23:37:29	RINEDE LUIS MANFREDINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 30 de Novembro de 2017

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

Anexo D. Solicitação e autorização assinada de execução da análise de dados.


AUTORIZAÇÃO

Eu, Rinede Luís Manfredini, brasileiro, casado, médico, membro do Corpo Clínico da Fundação Hospitalar Santa Teresinha, cirurgião plástico, inscrito no CREMERS 19175, CPF 49287591091, com escritório profissional à Rua São Paulo, 466, sala 1206, CEP 99700-302, nesta cidade, na condição de mestrando do Programa de Pós-Graduação de Envelhecimento Humano (PPGEH) da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, venho respeitosamente solicitar à vossa senhoria, Diretora da Fundação Hospitalar Santa Teresinha, autorização para analisar os dados referentes ao número de cirurgias realizadas de mastectomia em pacientes com câncer de mama que ocorreram no período de 2006 a 2017 nesta instituição.

Os dados coletados servirão como embasamento metodológico para definição da amostra do projeto de pesquisa intitulado "*Influência da mastectomia radical modificada na qualidade de vida em mulheres que não realizaram reconstrução de mama*", que desenvolverei na condição de mestrando do PPGEH sob a orientação do prof. Dr. Adriano Pasqualotti.

Aproveito o ensejo para reiterar que, após a qualificação do projeto, o mesmo será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UPF. Dessa forma, os preceitos para realização de uma pesquisa com seres humanos estarão em conformidade com a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Erechim/RS, 23 de maio de 2017.


Dr. Rinede Luís Manfredini
Cirurgia Plástica
CREMERS 19175
Rinede Luís Manfredini

*Autorizado
em 23/05/2017
por [assinatura]
COMUNICAR a [assinatura]*

Apêndice A. Questionário de coleta de dados

Questionário de coleta de dados

1) Dados de controle

Número: _____

Nome do respondente: _____

2) Qual é a sua idade, em anos completos?

Anos _____

3) Quantos anos completos de estudo você realizou?

Anos _____

4) Qual foi, no mês passado, a renda em salários mínimos (R\$ 937,00 é o valor atual de um salário mínimo) de sua família proveniente de todas as fontes de renda?

Salários mínimos _____

5) Qual é o seu estado marital (companheiro/companheira)?

Vive com alguém	1
Vive sozinho	2

6) Qual seu peso atual, em quilogramas?

kg _____

7) Qual sua altura, em metros?

m _____

8) Você faz uso de algum tipo de medicamento de uso contínuo?

Sim	1
Não	2

9) Em que ano você fez a mastectomia mamária?

ano _____

10) Você fez quimioterapia para o tratamento do câncer de mama?

Sim
Não

11) Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior, indique o número de sessões de quimioterapia que realizou. Caso tenha respondido “Não”, deixe esta questão em branco.

Número de vezes _____

12) A quimioterapia causou perda de cabelos?

Sim 1
Não 2

13) Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior, a perda de cabelos interferiu no seu relacionamento social? Caso não tenha interferido, deixe em branco.

Sim 1
Não 2

14) Você fez esvaziamento dos gânglios (as ínguas do braço) da axila da mama operada?

Sim 1
Não 2

15) Você operou os gânglios das axilas em um ou nos dois braços?

Um 1
Dois 2

16) A axila operada é seu braço dominante? (o braço que você mais usa para suas atividades do dia a dia?)

Sim 1
Não 2

17) Você continuou sentindo dor no ombro operado, após dois meses da cirurgia para o câncer de mama?

Sim	1
Não	2

18) Se você continua sentindo dor no ombro, classifique a dor entre: 0= ausência de dor, 1 a 4= leve a moderada, 5= moderada, 6 a 9=moderada a insuportável, 10= dor insuportável.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19) Você tem dificuldade de movimentar o braço operado hoje em dia?

Sim	1
Não	2

20) Caso tenha respondido “Sim” na questão anterior, esta dificuldade interfere para realizar suas atividades domésticas?

Sim	1
Não	2

21) Você ficou afastada do trabalho após a cirurgia?

Sim	1
Não	2

22) Se você respondeu “Sim” na questão anterior, indique o número de meses de afastamento do trabalho. Caso respondeu “Não”, deixe a questão em branco.

Meses _____

23) Você pode retirar as cutículas, medir pressão arterial e fazer medicações no braço operado pelo câncer de mama?

Sim	1
Não	2

Apêndice B. Termo de consentimento livre e esclarecido



PPGEH

Programa de Pós-Graduação
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEF

Termo de consentimento livre e esclarecido

A Sra. está sendo convidada para participar de uma pesquisa intitulada “*Qualidade de vida e autoestima em mulheres mastectomizadas por neoplasia mamária*”. A Sra. participará da pesquisa de forma individual, respondendo um questionário com perguntas que têm como finalidade analisar seu perfil como pessoa, bem como sua participação na cirurgia de mastectomia mamária para o tratamento do câncer de mama. A pesquisa será realizada para com o preenchimento do questionário terá uma duração de aproximadamente quinze minutos.

A participação da Sra. não implicará em risco algum, tendo como desconforto dispor de alguns minutos do seu tempo para a realização da entrevista e talvez algum constrangimento gerado por perguntas de caráter pessoal, que a Sra. poderá não responder se assim desejar. Além disso, por meio da assinatura do presente termo, o a Sra. estará autorizando a equipe de profissionais a implementar as atividades selecionadas.

Os benefícios da participação da Sra. na pesquisa serão: a identificação de características comportamentais que a mastectomia poderá provocar em mulheres de câncer de mama, auxiliando em políticas públicas do tratamento destas consequências, com vista a minimizar seus efeitos. Outras mulheres na mesma situação sua poderão ser beneficiadas.

Os resultados da pesquisa serão utilizados com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada. As informações obtidas por meio do desenvolvimento do estudo pesquisa serão confidenciais e será mantido o sigilo da sua participação. Os dados coletados serão divulgados de modo que não permitam a sua identificação. Asseguramos ao participante do estudo, que ao fazer parte do mesmo receberá todas as explicações, informações e orientações que forem necessárias a si ou a seus familiares. Caso tenha alguma despesa

relacionada à pesquisa, a Sra. terá o direito de ser ressarcida. A Sra. não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

A Sra. receberá uma cópia deste termo, aonde consta o meu telefone e endereço, podendo tirar a qualquer momento dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, ou também, pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, pelo telefone (54) 3316 8370. Mesmo que a Sra. aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento. Dessa forma, se a Sra. concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque se nome no local indicado abaixo.

Passo Fundo, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Rinede Luís Manfredini
Rua São Paulo, 466 sala 1206
Erechim/RS - CEP 99700-302

Desde já, agradecemos a sua colaboração e salientamos que o presente documento, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, pela Sra. e por mim, Rinede Luís Manfredini, sendo que uma ficará com a Sra. e a outra comigo, na condição de pesquisador responsável pelo estudo.



PPGEH

Programa de Pós-Graduação
em Envelhecimento Humano

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF