

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Agradecimentos

À Professora Doutora Rosa Martins, por toda a orientação, rigor e dedicação prestada no decorrer desta etapa, nunca deixando que a desmotivação surgisse.

Aos meus pais, por acreditarem sempre em mim, por estarem sempre ao meu lado...e me proporcionarem sempre o melhor nas minhas escolhas.

À minha tia Tina, pelo apoio incondicional...

À Rita, o meu profundo agradecimento, por seres minha amiga, por caminhares sempre ao meu lado e pela dedicação e preocupação que tiveste comigo na materialização deste projeto, que também é teu.

Às minhas amigas e amigos ...pela longa ausência, pela compreensão e pela força constante...

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, deram o seu contributo para a concretização deste trabalho.

A todos eles, o meu

Bem Hajam!

Resumo

Enquadramento: O cancro da mama é, atualmente, a patologia oncológica com maior incidência na mulher a nível mundial. Embora o seu tratamento seja cada vez mais eficaz, na maioria dos casos acarreta perda de funcionalidade associada à morbilidade física e emocional, com impacto direto na qualidade de vida da mulher. Conhecer quais as determinantes que interferem neste contexto, permite aos enfermeiros de reabilitação dotarem-se de competências que promovam a recuperação destas mulheres.

Objetivos: Avaliar o impacto da mastectomia na qualidade de vida da mulher, compreendendo a relação existente entre as determinantes sociodemográficas, clínicas e psicossociais e a qualidade de vida.

Métodos/Procedimentos: Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, utilizando uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 43 mulheres submetidas a mastectomia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real, seguidas em consulta de *follow up* de cirurgia e cirurgia oncológica. O questionário utilizado na recolha dos dados integrava três secções de caracterização sociodemográfica, clínica e psicossocial. Foram, ainda, utilizadas a Escala de Funcionalidade Familiar, a EORTC - QLQ-C30 com o suplemento BR23 e a escala da Incapacidade do braço, ombro e mão (DASH), todas testadas e validadas em Portugal.

Resultados: A amostra era constituída por 43 mulheres submetidas a mastectomia com média de idade de 49,6 anos, casadas na sua maioria (74,4%), detentoras de curso superior (34,9%) e com rendimento mensal médio que variava entre 501€ e 1000€ mensais (37,2%). Constatou-se que 62,8% destas mulheres foi submetida a cirurgia mamária com esvaziamento axilar e que 69,8% realizou mais que um tratamento adjuvante. Referiram sentir dor “algumas” vezes (39,5%), e quanto a amplitude de movimento do ombro homolateral à cirurgia, verificou-se uma perda entre 10 e 22° nos movimentos de adução horizontal, abdução, flexão e extensão, e 77,7% das mulheres não realizou qualquer programa de reabilitação pós-cirúrgica. Constatou-se que a amostra evidenciava uma “boa” qualidade de vida na generalidade (M=58,13), com uma moderada funcionalidade e baixa sintomatologia, contudo, a incapacidade do braço, ombro e mão está mais presente, evidenciando uma incapacidade moderada (M=47,07). Constatou-se que a idade, a cirurgia com esvaziamento axilar, a dor, a força e a amplitude de movimento do ombro são, para estas mulheres, as determinantes significativas ($p < 0,05$) na sua qualidade de vida.

Conclusões: Apesar do número reduzido da amostra, os resultados evidenciam o impacto das determinantes clínicas na qualidade de vida destas mulheres, constituindo-se, assim, como o campo de intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Palavra-chave: mulheres, mastectomia, qualidade de vida, reabilitação.

Abstract

Background: Breast cancer is currently the oncological pathology with higher incidence on women worldwide. Though its treatment is increasingly more effective, in most cases it implies loss of functionality, associated to physical and emotional morbidity, with direct impact on the women's quality of life. Knowing which determinants interfere in this context, allows rehabilitation nurses to acquire skills that promote the recovery of these women.

Objectives: Assessing the impact of mastectomy in the quality of life of women, by understanding the existing relation between socio-demographic, clinical and psychosocial determinants and the quality of life.

Methodology/Procedures: A quantitative, transversal, descriptive and correlational study has been conducted, using a non-probabilistic convenience sample, consisting of 43 women subject to mastectomy at the *Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Vila Real*, accompanied in surgery and oncological surgery follow up consultation. The questionnaire used in data collection included three sections: socio-demographic, clinical and psychosocial characterization. The Family Assessment Device, EORTC - QLQ-C30 with supplement BR23 and the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH), all tested and validated in Portugal, were also used.

Results: The sample consisted of 43 women who had undergone mastectomy, with average age of 49.6 years old, mostly married (74.4%), with a college degree (34.9%), and an average monthly income ranging from 501€ to 1000€ (37.2%). It was found that 62.8% of these women underwent breast surgery with axillary dissection and that 69.8% held more than one adjuvant treatment. Women referred feeling pain “a few” times (39.5%), as for the range of motion of the shoulder ipsilateral to surgery there has been a loss between 10 and 22° in horizontal adduction, abduction, flexion and extension movements, and 77.7% of women did not carry out any post-surgery rehabilitation program. It was found that the sample evidenced a good quality of life in general (M=58.13) with moderate functionality and low symptomatology, however, arm, shoulder and hand disability is more present, showing a moderate disability (M=47.07). It was found that age, surgery with axillary dissection, pain, strength and the range of movement are, for these women, the significant determinants ($p < 0,05$) in their quality of life.

Conclusions: Despite the reduced number of the sample, results show the impact of clinical determinants in the quality of life of these women, constituting, therefore, the field of intervention of the rehabilitation nurse.

Keywords: women, mastectomy, quality of life, rehabilitation.

Sumário

	Pág.
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	17
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	23
1 - O Cancro da Mama: Dados Epidemiológicos	25
1.1 - Fisiologia do Cancro da Mama.....	26
1.2 - Opções de Tratamento	28
1.3 - A Mulher Mastectomizada: Complicações Inerentes à Mastectomia.....	31
2 - Reabilitação da Mulher Mastectomizada – Intervenção da Enfermagem de Reabilitação	38
3 - Qualidade de Vida	44
2ª PARTE – Enquadramento Metodológico	55
1 - Metodologia	57
1.1 - Justificação do Estudo.....	57
1.2 - Questões e Objetivos da Investigação.....	58
1.3 - Desenho do Estudo	59
1.4 - População e Amostra do Estudo	60
1.5 - Varáveis do Estudo	60
1.6 - Hipóteses em Estudo	62
1.7 - Instrumentos de Recolha de Dados.....	63
1.8 - Procedimentos de Recolha de Dados.....	70
1.9 - Tratamento e Análise dos Dados	70

	Pág.
3ª PARTE – Apresentação e Discussão dos Resultados	75
1 - Apresentação e análise dos Resultados	77
1.1 - Análise Descritiva.....	77
1.1.1 - Variáveis da caracterização sociodemográfica	77
1.1.2 - Variáveis da caracterização clínica	79
1.1.3 - Variáveis da caracterização psicossocial	84
1.2 - Análise Inferencial.....	88
2 - Discussão dos Resultados	98
4ª PARTE – Conclusões	111
Referências Bibliográficas	119
ANEXOS	133
Anexo A - Instrumento de recolha de dados	135
Anexo B - Pedido de parecer para realização do estudo à Comissão de Ética	141

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 - Tecido mamário normal.....	26
Figura 2 - Gânglios linfáticos em relação ao peito.....	27
Figura 3 - Modelo conceptual do estudo.....	62

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Escala de funcionalidade familiar.....	65
Tabela 2. Itens/dimensões da escala QLQ-C30 (versão 3.0), sobre a QV dos doentes oncológicos	67
Tabela 3 - Itens/dimensões da escala QLQ-BR23 (versão 3.0), sobre a QV das mulheres com cancro da mama	67
Tabela 4 - Recodificação das variáveis/reagrupamento das subescalas	69
Tabela 5 - Coeficientes alfa de <i>Cronbach</i> calculados para a escala QLQ-C30	73
Tabela 6 - Coeficientes alfa de <i>Cronbach</i> calculados para a escala QLQ-BR23	73
Tabela 7 - Coeficientes alfa de <i>Cronbach</i> calculados para as escalas QLQ-C30 e QLQ-BR23 recodificadas	73
Tabela 8 - Coeficientes alfa de <i>Cronbach</i> calculados para as escalas da funcionalidade familiar e DASH	73
Tabela 9 - Estatísticas descritivas da idade das participantes	77
Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra	79
Tabela 11 - Caracterização clínica da amostra (1ª parte).....	80
Tabela 12 - Caracterização da força dos membros superiores das participantes em função da escala da força muscular	80
Tabela 13 - Estatísticas descritivas da força dos membros superiores das participantes.....	81
Tabela 14 - Estatísticas descritivas da ADM do ombro (lado são e lado operado) da amostra	82
Tabela 15 - Caracterização da ADM do ombro (lado são e lado operado) das participantes	83
Tabela 16 - Caracterização clínica da amostra (2ª parte).....	84
Tabela 17 - Caracterização psicossocial da amostra.....	85
Tabela 18 - Estatística descritiva da funcionalidade familiar das participantes do estudo ..	85
Tabela 19 - Distribuição das participantes pelos níveis da funcionalidade familiar	86
Tabela 20 - Estatística descritiva das subdimensões das escalas QLQ_C30 e QLQ_BR23 das participantes do estudo	87
Tabela 21 - Estatística descritiva da incapacidade do braço, ombro e mão das participantes do estudo	87
Tabela 22 - Distribuição das participantes pelos níveis de incapacidade do braço, ombro e mão	88

Tabela 23 - Correlação linear simples de <i>Pearson</i> entre a idade e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	89
Tabela 24 - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> entre o estado civil e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	90
Tabela 25 - Correlação <i>Ró de Spearman</i> entre as habilitações literárias e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	90
Tabela 26 - Correlação <i>Ró de Spearman</i> entre o rendimento mensal médio e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	91
Tabela 27 - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> entre o tipo de cirurgia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	91
Tabela 28 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre o tratamento adjuvante e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	92
Tabela 29 - Correlação linear simples de <i>Pearson</i> entre a dor /sentida no dia a dia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	93
Tabela 30 - Correlação linear simples de <i>Pearson</i> entre a força do membro superior do lado operado e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	93
Tabela 31 - Correlação linear simples de <i>Pearson</i> entre a ADM (adução horizontal, abdução, flexão, extensão) e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	94
Tabela 32 - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> entre mão dominante lado cirurgia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	94
Tabela 33 - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> entre história familiar de cancro da mama e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	95
Tabela 34 - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> entre a prática regular de desporto e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	95
Tabela 35 - Teste <i>U de Mann-Whitney</i> entre a reabilitação pós-cirurgia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	96
Tabela 36 - Correlação linear simples de <i>Pearson</i> entre a incapacidade do braço, ombro e mão (DASH) e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	96
Tabela 37 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre o número de filhos e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	97
Tabela 38 - Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre o “sentimento” de apoio familiar e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	97
Tabela 39 - Correlação linear simples de <i>Pearson</i> entre a funcionalidade familiar e a QV das mulheres submetidas a mastectomia	98

Lista de Abreviaturas e Siglas

- AAOS - Academy of Orthopaedic Surgeons
- ACS - American Cancer Society
- ADM - Amplitude de Movimento
- ADN - Ácido Desoxirribonucleico
- AEOP - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
- AVDs - Atividades da Vida Diária
- CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
- cit. citado
- CNDO - Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas
- COMSS - Council of Musculoskeletal Specialty Societies
- CV - Coeficiente de Variação
- DASH - *Disability of the Arm, Shoulder and Hand*
- DGS - Direção-Geral da saúde
- Dp - Desvio Padrão
- EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer
- IARC - International Agency for Research on Cancer
- LPCC - Liga Portuguesa Contra o Cancro
- NCCN - National Comprehensive Cancer Network
- OM - Ordem Médica
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- p - página
- QV - Qualidade de Vida
- ROR-Sul - Registo Oncológico Regional do Sul
- SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

INTRODUÇÃO

Ao longo da vida, o ser humano enfrenta problemas decorrentes de alterações do seu estado de saúde, necessitando geralmente de uma participação efetiva no seu plano terapêutico pois, muitas vezes, a desejada “cura” não se constitui numa dimensão concreta, nem num determinado momento, mas desenvolve-se através de um processo dinâmico na procura de compensações, adequações e adaptação à nova realidade (M. Luz, 2001).

Como se sabe, o cancro ocupa o segundo lugar das doenças crónicas mais frequentes, sendo ultrapassado apenas pelas doenças cardiovasculares. Caracteriza-se por um conjunto de mais de 100 doenças causadas pelo crescimento desordenado de células, passível de ocorrer em qualquer parte do corpo. A mama é uma dessas partes, sendo o cancro mais comum em mulheres (23% de todos os cancros na mulher) em todo o mundo. Em 2012, estimava-se em todo o mundo o surgimento de 1,67 milhões de novos casos (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2012a). Em Portugal, o cancro da mama é também o mais frequente entre as mulheres, correspondendo-lhe uma taxa de 29,4% de todos os casos de doença oncológica que ocorre no género feminino (IARC, 2012b).

A mama encerra em si símbolos de feminilidade, de atrativo sexual e é um órgão interveniente na reprodução e na amamentação, marcando a forma como a mulher encara o seu corpo, interferindo na imagem que esta constrói acerca dele e acerca de si própria. Esta doença, tão ligada à noção de incurabilidade, sofrimento, mutilação e morte, assume-se como um desafio árduo para a mulher, com um impacto muito significativo na sua qualidade de vida (QV).

Os progressos verificados na deteção precoce da doença, atualmente traduzem-se numa maior esperança de vida, contudo, as morbilidades associadas ao cancro da mama em todo o percurso feito pela mulher ao longo do processo de doença ao enfrentar a cirurgia e os efeitos das terapias adjuvantes aumentam, ainda mais, a sensação de alteração física, psicoafetiva e sociofamiliar.

A eficácia e segurança oncológica da cirurgia conservadora da mama com radioterapia adjuvante, está claramente documentada na literatura com evidência de nível 1, através de metanálises de estudos prospetivos randomizados com resultados de sobrevida global e sobrevida livre de doença, estatisticamente sobreponíveis aos conseguidos com a mastectomia. (Pinto, Gouveia & Cardoso, 2015, p.15)

Contudo, a mastectomia continua a ser uma das intervenções cirúrgicas mais prevalentes e de primeira linha no tratamento do cancro da mama, nomeadamente após a existência persistente

de margens com tumor após várias tentativas, em cirurgias consecutivas de conservação da mama.

A mulher mastectomizada vê-se confrontada com a necessidade de lidar não só com a doença, mas também com as alterações no seu estilo de vida, nomeadamente no que diz respeito ao seu desempenho físico e funcional, nas suas atividades de vida diária e ainda no seio familiar e socioprofissional. Segundo Almeida (2006, p.102) “...no período pós-operatório da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, visto que essas mulheres, em geral, sentem dificuldade em lidar com o próprio corpo”.

As complicações de natureza física, nomeadamente a dor, as parestesias da região axilar, a diminuição da força, a limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro e o linfedema, são manifestações significativamente prevalentes após a mastectomia, que se refletem diretamente na sua recuperação funcional com implicações diretas na sua QV.

De facto, a continuidade de vida e a conceptualização do cancro da mama como doença crónica, acarretam consigo a questão da QV sem qualidade (Ribeiro, 2002), pelo que se deve ter em consideração a QV e a adaptação emocional da doente com cancro da mama ao longo de todo o percurso da doença (Kornblith, 1998).

As mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia, nas suas tentativas de ajustamento a estes acontecimentos, têm de aprender a lidar com a doença que ameaça a vida e com alterações no estilo de vida anterior. Mas, simultaneamente, têm de ser capazes de se confrontar com questões relacionadas com a doença e o tratamento, tais como dificuldades no funcionamento físico e adaptações no processo de transição para a sua nova realidade.

Nos processos de transição, os enfermeiros são elementos chave dentro da equipa de saúde mas, para isso, torna-se fundamental perceberem a necessidade de suporte psicossocial e de reabilitação física da mulher, oferecendo intervenções específicas e integradas nos cuidados prestados.

Nesta perspetiva, sentimos a necessidade imperiosa de aprofundar conhecimentos técnicos e científicos relativamente à reabilitação e manutenção da QV destas doentes.

Assumindo-se a reabilitação como um processo global, contínuo e dinâmico ao longo do ciclo vital do ser humano, com o objetivo de conservar, melhorar ou recuperar as capacidades funcionais, tão rápido quanto possível, para conservar e maximizar a independência funcional do indivíduo, procurámos aprofundar conhecimentos e obter dados

que permitam justificar a intervenção singular da enfermagem de reabilitação na assistência às mulheres adultas mastectomizadas, na perspectiva de se constituírem linhas orientadoras de intervenção na melhoria da QV destas mulheres.

Assim, conscientes de que os enfermeiros cuidam a mulher mastectomizada durante as várias fases do processo de doença, onde as suas necessidades e da sua família devem ser identificadas, avaliadas, e a assistência prestada ter como objetivo a promoção da adaptação à mastectomia, decidimos realizar um estudo sobre esta área temática com a seguinte questão de investigação: *Qual o impacto da mastectomia na qualidade de vida da mulher?*

Estruturalmente, esta dissertação encontra-se organizada em quatro partes: na primeira parte, pretendemos enquadrar a matriz conceptual da investigação, onde faremos uma abordagem ao cancro da mama, caracterização epidemiológica, fisiologia, opções de tratamento, complicações associadas à mastectomia, bem como a intervenção da enfermagem de reabilitação em todo o processo de tratamento e impacto na QV; a segunda parte, é dedicada ao enquadramento metodológico, com referência à metodologia adotada, nomeadamente, a justificação do estudo, a questão e os objetivos da investigação, o desenho e a caracterização do estudo, a população e amostra, as variáveis e a formulação das respetivas hipóteses, instrumentos de recolha de dados, procedimentos na recolha de dados, tratamento e análise estatística de dados; a terceira parte, compreende a apresentação e discussão dos resultados do nosso estudo, integrando e mobilizando o corpo de conhecimentos teóricos cuja revisão se enquadra na primeira parte; por último, na quarta parte, apresentam-se as principais conclusões/implicações para a prática clínica/limitações do estudo.

1ª PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - O Cancro da Mama: Dados Epidemiológicos

Numa dimensão epistemológica, a palavra cancro deriva do latim *cancro* que, traduzido, significa caranguejo, indo ao encontro do comportamento da própria doença e da sua forma de disseminação. A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC, 2015a) refere “que o cancro é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, ocorrendo com elevada frequência e estando associado a uma imagem de gravidade”.

A LPCC (2015b) refere, também, que “...em Portugal, anualmente são detetados cerca de 6.000 novos casos de cancro da mama, e 1.500 mulheres morrem com esta doença”.

Estes dados vão ao encontro da realidade europeia, pois de acordo com a Anticancer Fund (2013, p.4):

...o cancro da mama é o mais comum de todos os cancros na mulher e é a primeira causa de morte entre as mulheres na Europa. Estima-se que uma em cada nove mulheres na Europa irá desenvolver cancro da mama em algum momento das suas vidas Na União Europeia, foram diagnosticadas com cancro da mama em 2008 cerca de 332.000 mulheres.

A nível mundial, em 2012, 6,3 milhões de mulheres eram portadoras de doença oncológica mamária (IARC, 2012b).

Relativamente a Portugal, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP, 2011) indica que uma em cada dez mulheres irá desenvolver cancro da mama, em algum momento da sua vida e, em 2012, dados disponíveis pela GLUBOCAN indicam uma incidência de 29,41% (6.088 casos) e uma mortalidade de 16,01%, ou seja, 1.570 casos.

Paralelamente, a Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas (CNDO, 2009), baseada nos dados estimados disponíveis para Portugal referentes a 2000, indica uma incidência de 73 por 100.000 (cerca de 3.800 novos casos) e uma mortalidade de 24,9 por 100.000 (cerca de 1.300 óbitos). E, para 2006, uma incidência de 103,5/100.000. Salienta, também, que só a partir de 1995 se começa a verificar uma ligeira tendência para a diminuição da mortalidade, devido, essencialmente, a dois fatores: maior precocidade no diagnóstico e melhor qualidade do tratamento, podendo, atualmente, traduzir-se a conjugação destes dois fatores em 90 % dos casos curáveis.

Embora com diminuição da mortalidade, verifica-se um aumento da incidência em países desenvolvidos, relativamente a países em desenvolvimento (em que a sobrevivência é inversa à magnitude dos casos, registando-se 69% de mortes pela doença), refletindo-se,

assim, a importância de uma detecção precoce e avanços nos tratamentos numa maior sobrevivência (World Health Organization, 2013).

1.1 - Fisiologia do Cancro da Mama

“O Cancro da mama consiste num tipo de tumor maligno que se desenvolve a partir da proliferação rápida e desordenada das células do órgão, podendo crescer nos tecidos circundantes ou metastizar para áreas distantes do corpo” (American Cancer Society [ACS], 2016).

André (2015, p.1), refere que “o que habitualmente é designado por cancro da mama, refere-se a uma neoplasia epitelial maligna, o cancro da mama, com capacidade de disseminação/ metastização, cuja incidência aumenta com a idade e cujo prognóstico é melhor se detetado em estádios iniciais”.

É um cancro que se forma nos tecidos mamários, normalmente nos ductos (tubos que transportam o leite ao mamilo) ou nos lóbulos (glândulas que produzem o leite) (Anticancer Fund, 2013).

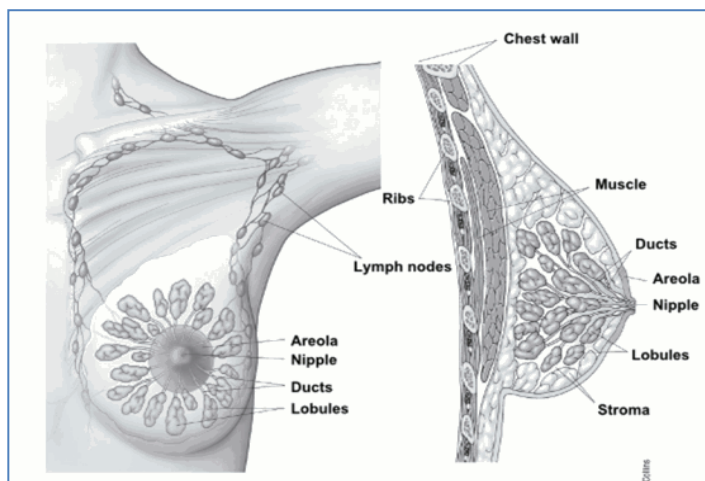


Figura 1 - Tecido mamário normal

Fonte: American Cancer Society. (2016). *What is breast cancer?*.

O cancro inicia-se quando as células normais, depois de expostas a um agente carcinogénico, se transformam em cancerígenas, resultando de uma lesão no seu material genético. Estas células, geneticamente alteradas, crescem continuamente originando novas células anormais, de que resulta a massa tumoral por um crescimento e multiplicação celular numa parte do corpo de forma desordenada e descontrolada. Nas células cancerígenas,

contrariamente às células normais, não ocorre lise celular, pelo que continuam a multiplicar-se e a formar novas células, que podem invadir e propagar-se para outros tecidos (Otto, 2000; Regateiro, 2004; Smeltzer & Bare, 2008).

A invasão de vasos sanguíneos ou linfáticos torna possível a disseminação de células malignas para órgãos distantes (metastização) e constitui o estágio mais grave da doença. O cancro da mama, frequentemente metastiza para os gânglios linfáticos da axila, surgindo o aparecimento de massas tumorais nesta zona. As células tumorais podem também ser transportadas através da linfa aos gânglios supraclaviculares e aos gânglios da cadeia mamária interna (National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2011).

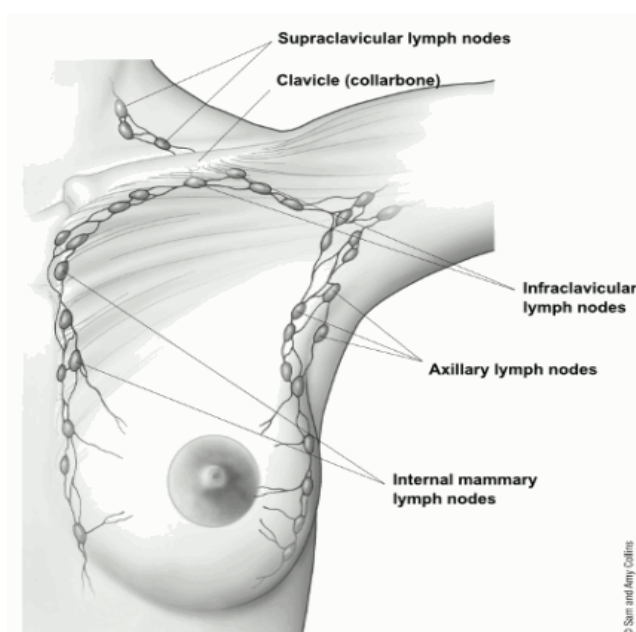


Figura 2 - Gânglios linfáticos em relação ao peito

Fonte: American Cancer Society. (2016). *What is breast cancer?*.

No sentido de se fazer uma avaliação o mais criteriosa possível e definir o tratamento mais otimizado, é relevante atender a aspetos como a extensão anatómica da disseminação da doença, com a classificação do estadiamento no sentido de avaliar os riscos e o prognóstico. O sistema de classificação TNM, é o mais frequentemente utilizado e incorpora a informação de três componentes básicos: o tamanho do tumor (T), a ausência ou a presença de gânglios linfáticos regionais acometidos (N) e a ausência ou presença de metástases (M).

A par desta classificação, é imprescindível o conhecimento da natureza histopatológica do tumor mamário, obtido a partir da biópsia, no sentido de ser classificado de acordo com o tecido de origem. Os principais tipos histológicos de cancro da mama são os carcinomas

ductais e os carcinomas lobulares. Por sua vez, esta classificação torna-se mais abrangente pela delimitação, ou não, do cancro ao nível dos ductos e dos lóbulos, sendo designado, respetivamente, por “carcinoma *in situ*” ou “carcinoma invasivo”. Com frequência, os tumores *in situ*, se não forem tratados precocemente, tendem a tornar-se invasores. Há ainda a considerar outros tipos de tumores mais raros como o tipo inflamatório, o medular, o mucinoso ou o tubular (ACS, 2016; Anticancer Fund, 2013).

Os resultados da biópsia devem incluir o estado do recetor hormonal e o estado do HER2, que são identificados por meio de marcadores, que incluem a presença ou ausência de recetores de estrogénio (ER), recetores de progesterona (PR) e fatores de crescimento epidérmico humano (HER2) (Anticancer Fund, 2013).

Segundo André (2015, p.1), atualmente, “a heterogeneidade clínica e morfológica, o conhecimento das características moleculares implicadas na iniciação e na progressão desta neoplasia é uma ferramenta indispensável para os avanços na terapêutica e consequente aumento da sobrevivência”.

Em suma, uma avaliação criteriosa do tipo de cancro, que inclui o seu estadiamento, o tipo e grau histopatológico e a presença/ausência de recetores hormonais, são elementos chave para determinar qual o tratamento mais adequado e, conseqüentemente, quais as intervenções da equipa de enfermagem mais ajustadas à fase da doença em que a mulher se encontra.

1.2. Opções de Tratamento

O tratamento do cancro da mama tem sofrido grandes alterações nos últimos anos, sendo tendencialmente menos invasivo. Tal facto deve-se, principalmente, à evolução das técnicas diagnósticas, que visam ser minimamente invasivas, e a acessibilidade e generalização da mamografia como método de rastreio, tendo aumentado significativamente a identificação de lesões pequenas e lesões mamográficas não palpáveis (Anticancer Fund, 2013; CNDO, 2009).

Além disso, a técnica de pesquisa de invasão ganglionar por biópsia do gânglio sentinela constitui, atualmente, uma alternativa ao esvaziamento axilar, permitindo um estadiamento mais preciso e com menor morbidade.

O planeamento do tratamento compromete uma equipa multidisciplinar que vai atuar de acordo com as informações relevantes acerca de todo o processo, implicando uma intervenção

ao nível local (que inclui a cirurgia e radioterapia), ou sistémica (quimioterapia, hormonoterapia e/ou terapia direcionada). Contudo, e de acordo com a ACS (2016), a muitas mulheres é-lhes administrado mais do que um tipo de tratamento, e em qualquer estágio da doença poderão receber tratamentos de suporte para controlo da dor, de outros sintomas da doença e/ou para aliviar possíveis efeitos secundários

A cirurgia é, na maior parte dos casos, a intervenção mais comum (NCCN, 2011), e as abordagens cirúrgicas são a **cirurgia conservadora da mama (tumorectomia)** e a **mastectomia**.

Segundo Pinto et al. (2015, p.16), “na avaliação pré-operatória, identificam-se quatro elementos que podem ser usados para a determinação do procedimento cirúrgico mais adequado: o volume a excisar e o volume da mama, a localização do tumor e a densidade glandular”.

Segundo os mesmos autores (p.15):

a tumorectomia (a exérese do tumor com uma margem de tecido saudável) deve ser feita em bloco, desde a fáscia peitoral até ao tecido subdérmico, admitindo como margem lateral livre a ausência de tumor a contactar a margem. ... A cirurgia conservadora está indicada sempre que a doente apresente condições para a realização de radioterapia adjuvante e quando a relação entre o volume de tumor/volume da mama permite a tumorectomia com margens livres e um resultado estético aceitável ... garantindo a eficácia e segurança oncológica.

A tendência atual da cirurgia do cancro da mama é conseguir o melhor controlo local com o mínimo de morbilidade. Atualmente, a maioria das doentes apresenta tumores pequenos ou lesões infra clínicas diagnosticadas nos programas de rastreio, apresentando condições para cirurgia conservadora. Na Europa Ocidental, a cirurgia de conservação da mama pode ser realizada a cada duas em três mulheres (Anticancer Fund, 2013).

Contudo, existem diversas situações em que é necessário a remoção da mama. Pinto et al. (2015, p.16) referem que:

...a mastectomia deve ser realizada quando existe impedimento à realização de radioterapia adjuvante, por decisão da própria doente após esclarecimento adequado, nos carcinomas multicêntricos (situados em localizações distantes e que não permitem a retirada em bloco de todas as lesões), nos carcinomas inflamatórios, em microcalcificações malignas diagnosticadas por biópsia com distribuição extensa na mama e na existência persistente de margens com tumor após várias tentativas, em cirurgias consecutivas de conservação da mama.

A mastectomia pode ter diferentes abordagens. Aqui incluímos a mastectomia simples, mastectomia parcial ou quadrantectomia e **mastectomia radical modificada**, sendo esta a

abordagem mais comum e que se caracteriza pela remoção total do tecido mamário e a maioria ou a totalidade dos gânglios linfáticos axilares, mas os músculos da parede torácica são preservados, salvaguardando a força do membro superior do lado intervencionado (NCCN, 2011)

Contudo, a remoção dos gânglios linfáticos axilares pode não estar inerente à mastectomia, podendo ser realizada atualmente acompanhada apenas de tumorectomia.

A decisão para a realização de **linfadenectomia axilar** depende da **biópsia do gânglio sentinela** (que é um procedimento *standard* nas doentes com axila negativa no diagnóstico, após realização de ecografia axilar). Esta intervenção consiste na injeção de uma substância radioativa ou um corante ao nível do vaso linfático. Estas substâncias seguem o seu percurso na linfa quando esta sai do tecido mamário e, assim, o cirurgião consegue identificar o primeiro gânglio onde a linfa passa e remove-o para analisar a presença de doença nos gânglios axilares.

A presença de doença nos gânglios axilares continua a ser um fator de prognóstico importante nas doentes com cancro da mama, com uma relação direta entre o número de gânglios metastáticos e mau prognóstico. A axila é considerada positiva ... após confirmação histológica de malignidade. O objetivo deste procedimento é ... evitar a elevada morbilidade associada ao esvaziamento axilar, com a mesma acuidade diagnóstica e prognóstica. (Pinto et al., 2015, p.17)

Segundo a NCCN (2011), um ensaio clínico recente veio sugerir que se houver menos de três gânglios afetados, retirar mais gânglios poderá significar apenas piorar os sintomas derivados à cirurgia e não trazer mais benefícios. Assim, nos dias de hoje, os diversos autores são unânimes na preservação da mama, optando-se pela cirurgia mamária conservadora em detrimento da mastectomia, sempre que possível, com objetivo de minimizar os efeitos mutilantes da vivência do cancro da mama pela mulher.

A radioterapia atual surge como uma intervenção neoadjuvante e adjuvante pós tumorectomia, com um impacto muito positivo no tratamento do cancro da mama. Segundo Moser e Pereira (2015, p.21), “associada a um apertado controlo de qualidade, ... é uma importante arma no controlo locorregional da doença, com tradução num aumento significativo quer da sobrevida livre de doença, quer da sobrevida global, permitindo para além disso, obter excelentes resultados cosméticos”, reduzindo para cerca de metade o risco da doença recidivar.

Quanto a abordagem sistémica, incluímos a quimioterapia, hormonoterapia e terapia dirigida, tratamentos que têm como a finalidade destruir as células cancerígenas em toda a área corporal (ACS, 2016).

A quimioterapia consiste na administração de fármacos, por via oral ou endovenosa, para destruir as células cancerígenas, e é habitualmente constituída por uma associação medicamentosa, aumentando o espectro de atuação nas células cancerígenas. Pode ser considerada como um tratamento neoadjuvante para diminuição do tamanho do tumor (superior a 5 cm), permitindo que seja operável, e/ou posterior à cirurgia, combatendo ou prevenindo o aparecimento de metástases (NCCN, 2011).

A hormonoterapia consiste na utilização de fármacos para tratamento de tumores recetores de hormonas (estrogénio e progesterona), cuja finalidade é impedir que as células cancerígenas tenham acesso às hormonas necessárias ao seu crescimento, bloqueando os recetores hormonais (ACS, 2016; NCCN, 2011).

Atualmente, existe também a designada terapêutica direcionada ou dirigida, que inclui o recurso a anticorpos monoclonais e tratamentos com pequenas moléculas. Consiste em “atacar” só células cancerígenas e não as células normais, daí se designar de direcionada, identifica alvos nas células cancerígenas ou substâncias anormais responsáveis pelo seu crescimento, bloqueando-as, cessando a metastização.

Salienta-se que cada uma destas abordagens sistémicas pode estar associada, pode ser aplicada antes ou após a intervenção cirúrgica, sendo neoadjuvante, adjuvante ou paliativa e, acima de tudo, cooperante numa intervenção que se prevê personalizada, multidisciplinar e otimizada, no sentido de promover QV à mulher nas suas diversas dimensões.

1.3 - A Mulher Mastectomizada: Complicações Inerentes à Mastectomia

A abordagem cirúrgica consiste na primeira opção terapêutica do cancro da mama, exceto nos tumores localmente avançados ou inflamatórios (Teixeira, 2010).

A cirurgia ao cancro da mama é o tratamento primário preferencial para controlar o cancro da mama local. É a forma mais usada de tratamento, com ou sem dissecação de nódulos linfáticos axilares, sendo responsável por gerar comorbilidades que causam grande temor entre as mulheres, provocando alterações psicológicas que afetam a perceção da sexualidade e

a imagem pessoal, além dos desconfortos e debilidades físicas (Jammal, Machado & Rodrigues, 2008).

O uso da cirurgia no tratamento do cancro da mama já é uma técnica secular, e tem sofrido evolução na sua abordagem no decorrer das décadas.

Em 1894, na tentativa de fazer progressos a este nível, surge a técnica de Halsted, que consistia na remoção da mama e na disseção axilar completa de todos os níveis ganglionares desde o grande dorsal. Posteriormente, em 1948, surgiu a técnica da mastectomia radical ampliada por Margotini e Bucalossi, que defendia a exérese completa da cadeia linfática. Contudo, e após resultados infrutuosos, na década de 60 surgiu a mastectomia radical modificada por Patey, sendo as técnicas anteriores abandonadas (Bruges, 2006).

Assim, a mastectomia radical modificada assume-se a partir dos anos 70 como o procedimento cirúrgico mais frequente no cancro da mama. Esta técnica, que permite a preservação do músculo grande peitoral, pode dividir-se em duas variantes: a técnica de Patey, que implica excisão do pequeno peitoral; e a técnica de Madden, que conserva o pequeno peitoral. Em termos estéticos e funcionais, a evolução na abordagem cirúrgica conduziu a melhorias significativas, evitando-se complicações como defeitos da parede torácica, muitas vezes com necessidades de enxerto de pele, que ocorriam nos procedimentos mais radicais, e limitações no movimento e força do membro superior homolateral à cirurgia. (Sammarco, 2010).

Atualmente, a mastectomia define-se por uma amputação cirúrgica da mama, que envolve um conjunto de procedimentos cirúrgicos em que toda a mama é removida e sendo utilizada para exérese de tumores maiores e em mulheres jovens com teste positivo para mutações nos genes de suscetibilidade ACBRCA1 ou BRCA2. Podem ser realizadas três tipos de intervenções:

- Mastectomia radical modificada, consiste na remoção de toda a mama, nódulos linfáticos axilares e parede muscular subjacente;
- Mastectomia total/mastectomia simples, envolve a remoção completa da mama, mas não os gânglios linfáticos - ou músculos peitorais;
- Mastectomia com preservação da pele, deixa um “envelope” para a reconstrução, poupa pele, o mamilo e o complexo aréolo-mamilar (comparado com a mastectomia convencional, não representa maior risco de recidiva regional, local ou sistémica, podendo ser efetuada reconstrução mamária imediata) (Buckey & Schub, 2012).

A literatura descreve a mastectomia como sendo responsável por uma série de alterações na vida da mulher, pois reveste-se de uma experiência emocionalmente agressiva e fisicamente traumática pela mutilação a que está sujeita e pelas sequelas físicas que perpetuam ao longo da vida da mulher.

A mastectomia, apesar da evolução nos últimos anos, continua a ser muito lesiva pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e repercussões deixadas a nível físico.

A mastectomia radical modificada, quando acompanhada de radioterapia, pode ocasionar complicações físicas, imediatas ou tardias, nomeadamente limitação da ADM do ombro e do cotovelo, linfedema, fraqueza muscular, infeção, dor e parestesia, alterações de sensibilidade e funcionalidade ipsilaterais à cirurgia, comprometendo o desempenho das atividades da vida diária (AVDs) e dos papéis da mulher mastectomizada (Nogueira, Guirro & Palauro, 2005; Panobianco & Mamede, 2002).

Casla Barrio, Sampedro Molinuelo, Díaz de Durana, Coterón López e Barakat Carballo (2012, p.135), no seu estudo sobre cancro da mama e exercício físico, dizem que:

...entre as consequências mais relevantes em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama, encontramos 16 a 43% que sofrem de limitação funcional do ombro, inflamação, dor, redução da força e flexibilidade do membro superior um ano depois da cirurgia ... a quimioterapia e a radioterapia apresentam maiores consequências a nível cardiovascular, e os efeitos a nível cardíaco e as suas consequências na capacidade aeróbica das mulheres converte-se numa limitação importante na hora de retomar a sua vida. Traduzem-se num abandono da atividade física que tem visíveis consequências na fadiga, perda de massa muscular e descalcificação óssea relativa à idade e aos tratamentos.

Petito, Nazário, Martinelli, Facina e Gutiérrez (2012), dizem que, quanto maior a extensão cirúrgica, maior a probabilidade de complicações pós-operatórias. Estas podem ser locais, sistémicas, imediatas ou posteriores à cirurgia. De uma forma sistematizada, passamos agora a descrever as complicações físicas inerentes ao pós-operatório por mastectomia pós cancro da mama:

Distúrbios da cicatrização

As complicações no processo de cicatrização da ferida cirúrgica mais frequentemente relatadas na bibliografia são a deiscência, a infeção e as aderências cicatriciais.

A deiscência dos bordos é um processo patológico, constituído por rutura completa ou parcial das camadas de uma ferida cirúrgica, com alto índice no caso de cirurgias mamárias, pelo facto da localização da incisão destas cirurgias, normalmente se verificar em pontos críticos,

existindo convergência das cicatrizes e cruzamento das linhas vertical e horizontal (Panobianco, Sampaio, Caetano, Inocenti & Gozzo, 2010), apresenta uma incidência de 10% a 22% dos casos no estudo de Nascimento, Oliveira, Oliveira e Amaral (2012).

As alterações no processo de cicatrização estão, na maioria dos casos, relacionadas com infecções que mantêm ativa a reação inflamatória. Sinais e sintomas de inflamação local, como edema, dor, hiperemia e hipertermia são esperados na fase inicial do processo de cicatrização e diminuem de intensidade mediante a evolução das reações locais e a absorção do material de sutura, porém, morbidades do trauma como hematoma, equimose, infecção e deiscência prejudicam a completa recuperação (Panobianco et al., 2010).

Outra alteração relacionada com os distúrbios da cicatrização é as aderências cicatriciais, que são consequência do comprometimento miofascial, especialmente na cicatriz cirúrgica, nas áreas irradiadas e nas regiões escapular e lateral do tórax (Nascimento et al., 2012), provocando dor e limitação na ADM do braço e ombro.

Seroma

O seroma mamário caracteriza-se por ser uma coleção de líquido seroso, identificável que surge após o descolamento cirúrgico dos tecidos, e que permanece dentro de uma ou mais locais cirúrgica, ao nível da axila, parede torácica ou na região do grande dorsal. É a complicação com maior incidência em toda a Europa em cerca de 80% das mulheres mastectomizadas (AEOP, 2011).

Surge por extravasamento de plasma e linfa para a cavidade virtual entre a parede torácica e os retalhos cutâneos criados pela cirurgia mamária, por consequência da extensa secção de vasos sanguíneos e linfáticos. Esta complicação provoca estiramento dos tecidos e acumulação de líquido que, conseqüentemente, pode provocar necrose tecidual e deiscência da sutura (AEOP, 2011).

Alterações posturais

A manutenção da postura corporal equilibrada é uma função complexa que depende da interação do sistema nervoso por meio de estruturas propriocetivas, exteroceativas e do sistema musculoesquelético.

Na mulher mastectomizada ocorre a perda do peso da mama e adoção de posturas antiálgicas compensatórias, a fim de evitar as dores e esconder a falta da mesma. Essas

alterações perpetuadas e não tratadas podem causar deformidades irreversíveis e, conseqüentemente, provocar alterações na biomecânica postural, traduzidas por anteriorização da cabeça, protusão do ombro, acentuação das curvaturas da coluna (lordose e cifose), elevação do ombro e da escápula para o lado operado, rotação da pelve e inclinação da cabeça para o lado contra lateral. Estas alterações posturais têm como consequência frequentes contraturas cervicais e na cintura escapular (Barbosa, Amorim, Zandonade & Delapran, 2013).

No seu estudo acerca de complicações músculo esqueléticas crônicas nas mulheres sobreviventes de cancro da mama, Rangel, Fernandes e Carolino (2015, p.25) revelam que “...as mulheres mastectomizadas apresentaram uma tendência para desenvolver cervicalgia. A retirada completa ou parcial da mama é um fator mecânico importante a ser considerado quando se trata de biomecânica postural...”.

O receio de mobilizar o membro homolateral à cirurgia provoca dores articulares durante o movimento e compensações posturais significativas em algumas mulheres, com alterações na postura corporal que, a longo prazo, se traduzem num padrão postural típico, revestindo-se a ablação da mama como um fator mecânico importante (Barbosa et al., 2013; Nascimento et al., 2012).

Linfedema

O surgimento do linfedema após a mastectomia relaciona-se, essencialmente, com a dissecação ou radiação axilar. Por um lado, a exérese dos gânglios axilares interrompe e dificulta o fluxo da linfa, gerando um déficit no equilíbrio das trocas de líquidos do interstício. Por outro lado, a radiação causa fibrose local e obstrução dos vasos linfáticos, instalando-se um quadro patológico progressivo e crónico (Kisner & Colby, 2005; N. Luz & Lima, 2011).

O linfedema é uma das complicações mais frequentes pós mastectomia e surge entre 6% a 83% das mulheres, dependendo do tipo de cirurgia e do tipo de radiação utilizado (Veiros, Nunes & Martins, 2007). Caracteriza-se por ser um líquido rico em proteínas que detém a capacidade de se infiltrar nos tecidos intersticiais, devido a pressão osmótica criada pelo próprio fluido (Chang & Cormier, 2013). Este aumento da concentração de proteínas favorece a organização (fibrose) do edema e atua como um estímulo que resulta num processo inflamatório crónico, dividindo-se a sua evolução em três fases: *Fase 1*, apresenta-se por sulcos e é considerada reversível; *Fase 2*, surge à medida que o edema progride, é fibrótico, sem sulcos e irreversível; *Fase 3*, é rara mas caracteriza-se pelo endurecimento cartilágneo

com consequências papilomatosas associadas a hiperqueratose (Harris et al., 2008, cit. por N. Luz & Lima, 2011).

Na maioria dos casos, o linfedema surge entre o primeiro e o segundo ano após a cirurgia, mas o risco mantém-se até uma década depois do tratamento inicial, e constitui-se como um dos fatores com mais repercussões a nível funcional destas doentes (Vieiros et al., 2007).

Os sintomas de linfedema manifestam-se por um aumento do diâmetro do membro correspondente à mastectomia, tensionamento da pele, alterações sensitivas, na predisposição para infeções da pele e infeções sistémicas, na rigidez e diminuição da ADM com consequente diminuição da função do membro superior (Chang & Cormier, 2013).

Disfunções e limitações do movimento do ombro

No pós-operatório da cirurgia da mama, muitas mulheres vivenciam alterações/ encurtamentos nos movimentos do ombro que podem condicionar substancialmente o seu dia a dia e a sua QV.

O úmero move-se suavemente em sincronia com a omoplata, movimento este promovido pelo músculo escapulo-umeral em resposta a informação propriocetiva complexa, mantendo a cabeça do úmero dentro da fossa glenoide. As consequências associadas à mastectomia com disseção dos gânglios linfáticos axilares e os efeitos residuais da radioterapia refletem-se de diversas formas na mobilidade da articulação glenoumral, provocando disfunções/limitações na ADM do ombro e alterações de sensibilidade (parestésias) na porção superior e interna do braço (ACS, 2016).

Dos tratamentos cirúrgicos mais alargados pode resultar alteração da fisiologia normal das estruturas da cavidade axilar, uma vez que a lâmina celuloadiposa e a aponeurose superficial são removidas, resultando em restrição articular A referida lâmina, que é uma bolsa de gordura que favorece os movimentos do ombro, é responsável pelo deslizamento das estruturas da axila entre si sem restrições. Com o esvaziamento axilar esta serosidade é retirada, ocasionando aderências e dificuldades na mobilidade do ombro. Pode haver também, secção do nervo torácico longo, ocorrendo diminuição da força do músculo serrátil anterior e consequente alteração na rotação e estabilização da omoplata para cima, resultando em limitação da abdução ativa do braço. (Campanholi, 2006, cit. por Costa, 2011, p.43)

Segundo Nesvold, Dahl, Løkkevik, Mengshoel e Fosså (2008), por vezes, a disseção da fáscia peitoral durante a mastectomia causa aderências entre o tecido subcutâneo e o

músculo subjacente, pelo que os efeitos do pós-operatório explicam o aperto no peito, quando se faz a flexão do braço, referido pelas doentes submetidas a esvaziamento axilar.

Silva, Derchain, Rezende, Cabello e Martinez (2004, p.125), referiram que “...metade das mulheres submetidas a linfadenectomia associada à mastectomia ou quadrantectomia por carcinoma da mama apresenta limitação de pelo menos um movimento do ombro após 18 meses da cirurgia”, e que qualquer limitação acima dos 30°, tanto na flexão como na abdução do ombro, é incompatível para a realização de tarefas diárias e básicas realizadas por uma mulher, como pentear os cabelos e abotoar o sutiã.

Além das alterações e limitações refletidas na ADM do ombro, são também referenciadas na vasta bibliografia (e que se repercutem nas restrições no movimento do ombro), a diminuição temporária ou permanente da força dos músculos da cintura escapular, contratura dos tecidos moles que resultam numa postura cifótica ou escoliótica e movimentos de defesa associados à dor no pescoço, braço e ombro (Crosbie et al., 2010; Kisner & Colby, 2005).

A literatura é unânime nas alterações *major* associadas à mastectomia, acentuando-se a ideia de que quanto mais alargada for a cirurgia maiores serão as sequelas que a mulher pode desenvolver e que se repercutirão na funcionalidade e na sua QV.

Boisán, Leal e García-Lopéz (2010) evidenciam três fatores intimamente relacionados com a funcionalidade do braço homolateral à cirurgia que diminuem a QV da mulher: a presença de linfedema, o tratamento com radioterapia e o tipo de intervenção cirúrgica. Estes três fatores, segundo os autores supracitados, são os elementos que condicionam a maior ou menor ADM do ombro, referindo que a intervenção de um programa de reabilitação constitui uma ferramenta altamente eficaz, sobretudo nas primeiras fases de recuperação, pois reflete-se num aumento da capacidade funcional do braço após a cirurgia.

Com a eficácia dos meios de tratamentos e com a consciencialização de um diagnóstico precoce (embora com uma prevalência muito significativa da doença), obteve-se um aumento significativo na esperança média de vida nas sobreviventes de cancro da mama, com uma média europeia que ronda os cinco anos em 82,2% (Registo Oncológico Regional do Sul [ROR-Sul], 2012) dos casos e com uma tendência crescente. Estes dados fazem-nos refletir até que ponto as complicações pós-operatórias, nomeadamente as complicações músculo-esqueléticas instaladas e de carácter crónico, têm um impacto direto na QV da mulher,

nomeadamente na sua funcionalidade, e compreender qual o papel da enfermagem de reabilitação neste domínio.

2 - Reabilitação da Mulher Mastectomizada – Intervenção da Enfermagem de Reabilitação

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1)

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação planeia e intervém com o intuito de assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e incapacidades, melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas AVDs e minimizar o impacto das incapacidades instaladas. Para tal, “utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados, e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Neste sentido, também a reabilitação da mulher submetida a mastectomia contribui de forma significativa para o vivenciar de todo o processo de adaptação e transição para uma condição física, psíquica e emocionalmente diferente.

Sabemos que as várias complicações resultantes da cirurgia provocam consequências funcionais que comprometem a plena realização das AVDs e a QV das sobreviventes de cancro da mama (Bergmann, Matos, Koifman & Koifman, 2000; Petito et al., 2012; Sant’Anna, Almeida, Petito & Gutiérrez, 2010; Veiros et al., 2007).

Simultaneamente à evolução no tratamento do cancro da mama, a enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental no decurso da doença, uma vez que as suas intervenções específicas permitem prevenir, minimizar e tratar as reais e/ou potenciais complicações e, simultaneamente, diminuir o tempo de recuperação da independência para o autocuidado. Representa, também, um aliado imprescindível na procura da QV após os tratamentos para a doença (Bergmann, Ribeiro, Pedrosa, Nogueira & Oliveira, 2006).

Os diversos estudos consultados no enquadramento teórico incluem programas de reabilitação com intervenções organizadas e planeadas por diversas fases, que se iniciam na avaliação pré-operatória e progridem no período pós-operatório, com o início precoce mas gradual de exercícios que se mantêm em contexto de ambulatório. Porém, há alguns estudos que recomendam que o início dos programas se faça apenas após a retirada dos drenos.

Apesar da existência de vários pontos de vista no que se refere aos programas estruturados de reabilitação, existe consenso sobretudo nos principais objetivos para a implementação desses programas na mulher submetida a mastectomia radical modificada, sendo eles:

- Prevenir limitações funcionais associadas à diminuição das amplitudes articulares da articulação do ombro provocadas pela cirurgia;
- Prevenir linfedema, retrações e aderências cicatriciais por consequência da cirurgia e radioterapia;
- Contribuir para a mulher readquirir a sua QV o quão rápido possível.

Após um conhecimento prévio adequado das possíveis morbidades físico-funcionais decorrentes da cirurgia, deverá iniciar-se um programa de reabilitação o mais precocemente possível, programa este otimizado se, em contexto pré-operatório, se conhecerem alterações prévias, nomeadamente fatores de risco para o pós-operatório.

O primeiro contacto com a mulher em contexto de pré-operatório reveste-se de grande importância, no sentido de se estabelecer uma relação o mais empática possível, favorecendo todo o processo de transição, consciencializando-a da necessidade de ser parte integrante da equipa multidisciplinar, capacitando-a para todo o processo.

Também a relação terapêutica deve ser estimulada, no sentido de se estabelecer uma relação de confiança e segurança por parte da mulher e família. Nesta fase, o enfermeiro de reabilitação deve adotar estratégias de cuidado baseadas não somente no conhecimento técnico-científico, mas também no conhecimento das expectativas e perceções da doente em relação à cirurgia, de forma a contemplar a mulher nos aspetos físicos, emocionais e sociais e, com isso, sistematizar a assistência a ser realizada neste período (Alves, Barbosa, Caetano & Fernandes, 2011).

Segundo os autores anteriormente mencionados, a fase pré-operatória consiste na abordagem das orientações e cuidados iniciais a ter com o membro superior homolateral à mastectomia.

Incluir nesta fase o fornecimento de material educativo, na forma de folheto, revela-se benéfico, pois uniformiza as orientações dadas quanto aos exercícios bem como cuidados a ter presentes a partir daquele momento.

Uma adaptação física e emocional da mulher é também fundamental no sentido de promover a sua recuperação funcional, que se reflete diretamente na sua independência precoce para o autocuidado e AVDs.

Deste modo, o desenvolvimento de um plano de cuidados de reabilitação, iniciado no pré-operatório, deve integrar informações sobre a cirurgia, demonstrar a necessidade e a importância da realização de exercícios físicos, desde o pós-operatório imediato, associando às respectivas avaliações de amplitude articular e com continuidade no pós-operatório tardio. Os benefícios destes programas refletem-se, sobretudo, no aumento da amplitude articular do movimento do braço homolateral à mastectomia, em particular no movimento de abdução do ombro (Associação Médica Brasileira, 2012), uma vez que minimizam as morbidades físico-funcionais pós cirurgia, e diminuem obstáculos à recuperação das mulheres no pós-operatório.

Posteriormente, no período pós-operatório imediato, devem desenvolver-se desde o dia pós-cirurgia intervenções que promovam a prevenção de complicações, nomeadamente posicionamento no leito contralateral à mastectomia, exercícios de relaxamento e alongamento da cervical e cintura escapular para o alívio da dor e da contração muscular, exercícios ativo assistidos de baixa amplitude com os membros superiores (flexão, abdução e rotação do ombro), e cinesiterapia respiratória, através de aberturas costais, tendo em conta a baixa ADM articular (Merêncio, 2016; Pacheco, Detoni Filho & Melo, 2011).

Bergmann et al. (2006, p.100), no seu trabalho, reforçam a ideia anterior que:

...o posicionamento adotado no pós-operatório imediato deverá ser o mais confortável possível; o membro superior homolateral à cirurgia pode ser elevado a + - 30° utilizando apoio de travesseiros, não havendo necessidade de mantê-lo em posição de drenagem constante. As mudanças de decúbito são orientadas a serem realizadas em decúbito lateral oposto.

Revelam também que:

...as pacientes devem ser encorajadas a iniciar os movimentos ativos (de flexão, abdução e rotação externa do ombro) do membro superior (limitada a 90° até retirada dos pontos), relaxamento cervical e mobilização escapular desde o 1º dia pós-operatório ... visando prevenir complicações relacionadas com à restrição articular e linfedema.... (p.100)

Contudo, pela presença de drenos e dos pontos da ferida cirúrgica, a ADM deve ser restrita a 90° de abdução do ombro com o membro superior estendido ou flexionado a 90° de flexão anterior, pois permite a rápida recuperação funcional, não prejudica a zona cicatricial e previne o aparecimento de aderências e retrações (Netto, Zanon & Colodete, 2010).

A dor e o medo são dois fatores relevantes que devem ser considerados, uma vez que condicionam a realização de cinesiterapia respiratória no período pós-operatório imediato, contribuindo para a instalação de complicações, que pode evoluir para uma deformidade permanente quando não tratadas (Batiston & Santiago, 2005).

Ainda no período pós-operatório imediato, as doentes manifestam frequentemente uma diminuição da pressão inspiratória e da pressão expiratória máxima, associado à fraqueza ou fadiga muscular, pela influência direta da dor ou pelo medo de a sentir. Os valores da função pulmonar e da força dos músculos respiratórios estão diminuídos no período pós-operatório, podendo a sua causa estar na origem da presença dos drenos, respirações superficiais pelo receio da dor ou pelo efeito dos analgésicos (Bregognol & Dias, 2010; Ferreira et al., 2005).

Sabemos que a dor tem início após a cirurgia, localizada na face anterior do tórax, região axilar e/ou na metade superior do braço homolateral à cirurgia e que se mantém por um período superior a três meses e é designada pela International Association for Study of Pain, cit. por Rett, Mesquita, Mendonça, Moura e DeSantana (2012), como a síndrome doloroso pós mastectomia. Segundo Camões (2014, p.32), "esta pode ser desencadeada pelo medo que a mulher tem em movimentar o braço, pela reduzida atividade com o membro no pós-operatório o que conseqüentemente conduz a um progressivo comprometimento da força muscular, da flexibilidade e da amplitude de movimentos do ombro".

A imobilização do membro homolateral à cirurgia associado à dor, é também um fator que pode desencadear outras alterações além da rigidez articular e alterações respiratórias, nomeadamente a maior probabilidade de ocorrência de fibroses, retrações e aderências que, por sua vez, conduzem ao risco de desenvolvimento do linfedema. A mobilização precoce do membro favorece a contração muscular, quer numa fase inicial com exercícios isométricos, quer posteriormente com exercícios com ganho de amplitude articular, que favorecem a abertura dos canais linfáticos colaterais, o que torna mais facilitada a drenagem linfática para o resto do corpo, prevenindo e mediando esta complicação e evitando a perda da capacidade funcional do membro (Petito & Gutiérrez, 2008; Veiros et al., 2007).

Aliada à mobilização articular, a drenagem linfática manual deve ser iniciada no primeiro dia de pós-operatório, com o objetivo de diminuir a quantidade de líquido drenado e melhorar a reabsorção linfática. Esta abordagem atua por dois momentos, a primeira é a técnica de captação ou reabsorção, que ocorre na rede de capilares linfáticos por aumento da pressão tecidual, e a segunda é a técnica de evacuação ou de chamada, que consiste na eliminação dos elementos transportados pelos capilares linfáticos (Barros, Panobianco, Almeida & Guirro, 2013; Táboas et al., 2013).

No decorrer dos dias de internamento e ainda na unidade hospitalar, a equipa de enfermagem de reabilitação, após a retirada dos drenos e pontos cirúrgicos, deverá progressivamente incorporar a mobilização completa do ombro de acordo com a tolerância da doente, podendo as mulheres alcançar, ao fim de duas semanas de reabilitação, movimentos de flexão e extensão com amplitudes próximas do 150° (Bergmann et al., 2006; M. Silva et al., 2004).

As políticas atuais de saúde preconizam, cada vez mais, tempos de internamento curtos, aliado a diversos fatores, entre os quais, a prevenção de complicações inerentes ao ambiente com pouca salubridade que se vivencia em contexto hospitalar, evitando a exposição da mulher dada a sua vulnerabilidade física e emocional.

Neste sentido, a intervenção da equipa de enfermagem de reabilitação deve estender-se ao contexto de ambulatório, tendo em vista a continuidade de cuidados, atendendo a que, nesta fase de intervenção, a mulher depara-se com constrangimentos, dificuldades e preocupações, já que, após a cirurgia de mastectomia, as orientações fornecidas passam por uma restrição na execução de atividades físicas, de trabalho e domésticas, que interferem negativamente no seu quotidiano (M. Silva et al., 2004).

Diversos estudos revelam o benefício de incluir a participação da mulher num programa de reabilitação pós-cirurgia, onde o enfermeiro de reabilitação tem um papel determinante na gestão das intervenções a desenvolver, atendendo aos obstáculos com os quais as mulheres se deparam. Assim, assume-se como um gestor ao nível do processo educacional e promove o autocuidado, facultando à doente novas informações que permitam ganho de capacidades relacionadas com atividades funcionais, ajudando-a a desenvolver comportamentos adaptativos para lidar com a incapacidade e limitação ou evitar o agravamento da doença.

A relevância deste papel, desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação, deverá passar por uma abordagem que inclui: exercícios que favoreçam ganho funcional, nomeadamente

exercícios que façam parte das AVDs das mulheres, onde a postura corporal e os movimentos respiratórios durante a realização dos exercícios deve ser ponderada. Numa fase inicial, os exercícios devem requerer menor força muscular e evitar recrutar os músculos peitorais, mas progressivamente devem ser incluídos evitando bloqueios articulares e distensão (Rezende et al., 2006).

O programa de exercícios destina-se aos grupos musculares e articulações do ombro, do cotovelo, do punho, dos dedos e da cintura escapular, e deverão ser simples e facilmente memorizáveis, para que a mulher participe ativamente e possa dar continuidade no domicílio. Deverão ser exercícios ativo-assistidos, ativos e, posteriormente, resistidos (com baixa carga e várias repetições), favorecendo a contração muscular, estimulando o sistema linfático, o retorno venoso, o ganho de força muscular, contrariando a perda de massa muscular (Associação Médica Brasileira, 2012; Barrio, Molinuelo, Durana, López & Carballo, 2012; N. Luz & Lima, 2011).

Com o objetivo de manter as características elásticas e proprioceptivas músculo-tendinosas, para reduzir as aderências fibroadiposas, estão indicados exercícios de alongamento e exercícios ativo-assistidos dos músculos do ombro, em conjunto com exercícios funcionais e de facilitação neuromuscular proprioceptiva (N. Luz & Lima, 2011). Além dos benefícios físicos, os exercícios de mobilização, aliados a técnicas de relaxamento, revelam-se vantajosos na vertente emocional (Associação Médica Brasileira, 2012).

Desta forma, programas desta natureza não favorecem apenas a dimensão física da mulher, mas também a sua QV mental e emocional. Corroborando esta ideia, Barrio et al. (2012) referem que têm sido realizados diversos estudos que incluem os benefícios dos exercícios físicos associados à QV da mulher mastectomizada.

O retomar das AVDs de forma satisfatória, quando regressam a casa, contribui para a redução do medo e propicia a reintegração social e familiar mais rapidamente. A equipa de reabilitação deverá facultar orientações sobre as diferentes atividades de vida e possíveis alternativas para a sua realização, transmitindo à mulher autoconfiança e segurança no seio do meio familiar (Petito & Gutiérrez, 2008).

A abrangência de programas de reabilitação na intervenção na mulher mastectomizada é vastíssima, contudo, embora existam orientações comuns, a bibliografia não é consensual na orientação, atendendo a fatores de diversa natureza.

Em suma, os aspetos mais relevantes nesta fase passam pelo salientar das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, bem como o seu domínio de atuação junto das mulheres mastectomizadas. Estes vão desde a promoção de um diagnóstico precoce e de ações preventivas de reabilitação que assegurem a manutenção de capacidades funcionais das doentes, até proporcionar-lhes intervenções terapêuticas cujo objetivo é melhorar as funções residuais, assegurando a manutenção da independência nas AVDs no seio individual, familiar e socioprofissional. Assim, o enfermeiro constitui-se como um elemento com papel relevante na reabilitação das mulheres mastectomizadas, num processo que se inicia no primeiro contacto com a instituição e perdura na continuidade dos cuidados no domicílio e em ambulatório, proporcionando-lhes uma melhor QV física e mental.

3 - Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define QV como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Fleck, 2008, p.25). Segundo Canavarro, Pereira, Moreira e Paredes (2010, p.1), trata-se de uma definição que:

resulta de um consenso internacional, representando uma perspetiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual.

Contudo, este conceito tem evoluído de acordo com a evolução da própria sociedade e os condicionalismos que imperam ao longo das últimas décadas no contexto social, político e económico.

Do cuidado pessoal com a saúde e a boa forma física, a QV associou-se a uma preocupação com a higiene e saúde pública, estendeu-se aos direitos humanos, direitos laborais e direitos dos cidadãos, à capacidade de acesso a bens materiais e, finalmente, converteu-se numa preocupação da vida quotidiana e social dos indivíduos, incluindo a sua saúde (Martins, 2004).

O conceito de QV conjuga-se com os conceitos de saúde, bem-estar e satisfação com a vida, e representa a perceção individual sobre a posição na vida, em que os aspetos culturais e

as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo. Foi-se tornando, de forma crescente, o objetivo prioritário dos serviços de saúde, paralelamente à prevenção de doenças, efetivação da cura e alívio de sintomas ou prolongamento da vida humana (Santos, Martins & Ferreira, 2009).

O conceito de saúde e de QV encontram-se intimamente ligados, pois a QV é considerada, numa conceptualização mais alargada, um indicador do estado de saúde que, embora baseada nas perceções do indivíduo, é grandemente orientada e focada no impacto do estado de saúde percebido sobre o potencial individual para viver a vida de uma forma satisfatória.

“Em contexto de saúde e doença a qualidade de vida emerge como um indicador do estado de saúde. Ou seja, a saúde é um componente determinante da qualidade de vida, embora esta dependa de outros domínios para além da saúde” (Ribeiro, 2002, p.80).

Ao relacionar-se estes dois conceitos (QV e saúde), podemos afirmar que QV, quando aplicada a populações portadoras de doença, pretende compreender os diferentes domínios da mesma (físico, funcional, psicológica e social), influenciada pela especificidade da patologia em questão e das suas formas de tratamento (Santos et al., 2009).

“Quando um doente procura um profissional de saúde, não o faz exclusivamente devido à sua doença, mas porque a sua qualidade de vida se encontra deteriorada em consequência da sintomatologia, assim como, da ansiedade que poderá estar associada” (Hopkins, cit. por Santos & Pais-Ribeiro, 2001, p.7), pois tratar a doença não é mais importante se isso não corresponder a um aumento da QV ou alterar a possibilidade da mesma poder vir ser afetada no futuro.

No caso concreto da doença oncológica, o impacto na QV manifesta-se sobre variadíssimas dimensões. A maioria das abordagens tem em comum dois aspetos: a cirurgia para remoção do tecido tumoral e os tratamentos adjuvantes, nomeadamente a quimioterapia e radioterapia, que se revestem, *per si*, de grande agressividade física, psíquica e emocional. Contudo, nas últimas décadas, os tratamentos do cancro têm evoluído bastante e as opções de tratamento começam a ser mais diversificadas, com a denominada terapia biológica e terapia genética.

De acordo com Bishop (1994), a evolução na investigação da doença oncológica data da década de 70, onde decorreram enormes progressos na compreensão dos mecanismos

biológicos da doença e da forma como estes se relacionam com fatores de natureza psicossocial.

Não obstante, a doença oncológica continua a ser muito temida pela opinião pública, sendo a segunda maior causa de morte nos países industrializados (IARC, 2012a). Além do impacto na mortalidade, o diagnóstico de cancro acarreta um sentimento de angústia e desespero, e torna-se um foco contínuo de ansiedade e stresse mesmo quando potencialmente curável.

Segundo Matos e Pereira (2002, p.15), “a doença oncológica reveste-se de características com grande carga emocional e social e assume uma representação social de elevada componente simbólica”.

Atualmente, existe um número bastante significativo de estudos que versa a temática da QV do doente oncológico, atendendo às diversas dimensões que a influenciam e afetam negativamente. Nesta perspetiva, a QV na doença oncológica depende de inúmeras variáveis, nomeadamente as estratégias de *coping* utilizadas no processo de ajustamento à doença e o suporte social (Santos, 2006).

Os diversos estudos feitos na área debruçam-se fundamentalmente sob os efeitos do diagnóstico, da sintomatologia da doença oncológica e do seu tratamento. Outros analisam as implicações em dimensões afetivo/emocionais, estudando a depressão e ansiedade.

Pudemos, assim, constatar que o cancro é uma doença que pode ser observada de diversas perspetivas, e a avaliação da QV no doente oncológico reveste-se de muitas particularidades, dependendo do tipo de doença oncológica.

Existe um conjunto de sintomas e implicações funcionais que são comuns a muitos tipos de tumores, principalmente em fases avançadas da doença. A dor, a fadiga, a sonolência, secura da boca ou a anorexia, numa componente de natureza física, são bastante referenciados em diversos estudos, mas as alterações da funcionalidade, tais como as alterações no autocuidado ou ainda a dificuldade em manter as tarefas familiares ou ocupacionais, estão fortemente relacionados com impacto negativo na QV. Na componente psicológica, diversos estudos revelam que o doente oncológico desenvolve um estado de maior ansiedade ou mesmo doença depressiva, considerando que a saúde mental do doente oncológico parece ligeiramente inferior à da população em geral, com diversos autores a sugerir a importância de identificar os doentes de alto risco de desenvolverem morbilidade psicológica secundária ao diagnóstico de doença.

É verdade que acentuado desenvolvimento de novas capacidades terapêuticas (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapêutica biológica) têm permitido um aumento considerável da sobrevivência do doente, e o sucesso da terapêutica é habitualmente descrito em termos de sobrevivência, complicações e taxas de recidiva. Contudo, ao reduzir a avaliação do doente oncológico a estes parâmetros, não se tem em conta toda a complexidade da doença dado que a dimensão que o doente tem de todos os eventos ligados à sua doença é mais globalizante, eles assumem um papel central da sua vivência (Pimentel, 2003).

Qualidade de vida relacionada com a saúde no cancro de mama

O cancro da mama assume-se como a doença oncológica mais incidente no género feminino, e tem assumido características de doença crónica, necessitando de uma atenção específica para esta condição. Desde o seu diagnóstico acarreta consigo grandes impactos na QV da mulher.

Em Portugal, é o tipo de cancro que mais incide entre as mulheres e de acordo com os dados da associação Laço (2013), uma em cada onze mulheres irá ter cancro da mama ao longo da sua vida. É a primeira causa de morte por cancro na população feminina e por cada ano morrem 1.500 mulheres, apesar de 90% dos casos terem tratamento quando diagnosticado precocemente.

Este tipo de cancro assume uma importância crescente entre as doenças que afetam o público feminino, não só pela elevada incidência de mortalidade, mas também por acarretar uma série de repercussões de natureza física, social, emocional, sexual, e por provocar alterações significativas no seio familiar e na sociedade em geral.

Além disso, acarreta consigo alterações em dimensões como a identidade feminina e alterações no papel da mulher, torna-a uma das temáticas mais investigadas atualmente (Perry, Kowalski & Chang, 2007). Para reforçar esta afirmação, e apoiando-nos na consulta feita à base de dados PubMed, pode constatar-se que, nos últimos anos, existe um número crescente de estudos que relaciona o cancro da mama com a QV.

Todos mostram que, as mulheres com cancro da mama se debatem com a necessidade de se adaptarem a novas realidades. A forma como vivenciam as situações e os problemas, traduzem-se em ambiguidade de sentimentos, emoções e necessidades, que se prolongam mesmo quando a situação estabiliza, pois existe uma alteração/mudança na vida da pessoa e, na maioria das vezes, na família.

Perante esta realidade, destaca-se o papel dos enfermeiros não só no decorrer de todo o ciclo vital mas, em particular, nas suas intervenções em momentos de transição. Os enfermeiros cuidam de pessoas que experienciam transições, antecipam transições ou completam o ato de transição (Meleis, 2005). Nesta perspetiva, desempenham um papel preponderante na capacitação para a mudança, respondendo a necessidades específicas e surgindo como um elo de ligação entre a vivência da mulher e o respetivo processo de adaptação.

A mulher com cancro da mama está, pois, inserida neste contexto complexo, sentindo a sua vida ameaçada, e confrontando-se com questões que se prendem com o seu corpo, com a sua identidade e com a sua vida. Neste sentido, é fulcral atender a diversas determinantes sociodemográficas, clínicas e psicossociais que interferem na vivência do cancro da mama em mulheres adultas mastectomizadas, com repercussões na sua QV.

Determinantes sociodemográficos

A literatura refere que a idade da mulher, no momento do diagnóstico do cancro da mama, tem uma influência considerável na QV relacionada com a saúde, demonstrando grande impacto na vida das mulheres jovens, uma vez que este grupo é mais vulnerável à ansiedade relacionada com o tempo de sobrevivência e também com os efeitos estéticos que um tratamento cirúrgico pode trazer. Além disso, existem as implicações relacionadas com o trabalho, com a vida conjugal e maternidade, aspetos que geralmente são mais facilmente superados pelas mulheres mais velhas (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Howard-Anderson Ganz, Bower & Stanton, 2012).

Outros estudos, ainda sobre a avaliação da QV de mulheres com cancro da mama, revelam que esta é influenciada pelo nível de escolaridade, afirmando que “um nível de escolaridade mais elevado poderá facilitar o acesso a informação relevante que se repercutirá numa melhor prestação de cuidados a si própria” (S. Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2010, p.73).

Um estudo realizado em mulheres norte-americanas revelou que uma maior escolaridade acompanhada de melhores taxas de QV, atribui-se ao facto de estar relacionado com a dotação de mais recursos internos para lidar com a doença, maior apoio e compreensão familiar e uma noção mais aproximada da extensão da doença, por melhor acesso à informação.

Quanto a o estado civil, na importância do apoio à mulher com cancro de mama, vários estudos revelam que mulheres com companheiro apresentam *scores* significativamente melhores nos domínios, psicológico e relações sociais. Já mulheres sem companheiro e sem a mama, ou com deformidade pós-cirúrgica da mama, podem sentir-se inferiorizadas se comparadas àquelas que possuem mamas não operadas e, por isso, menos capazes de estabelecer novos vínculos afetivos. Mulheres sem companheiro parecem ser mais vulneráveis a problemas de ajustamento, sobretudo no campo dos relacionamentos. O apoio dos companheiros parece ter um peso importante na sexualidade da mulher. O diagnóstico do cancro da mama pode fortalecer alguns relacionamentos e ter efeitos negativos noutros, muitas vezes pela dificuldade em se discutirem sentimentos ou mesmo pela percepção da mulher de perda da feminilidade.

Pesquisas apontam que a QV em mulheres com cancro da mama pode ser alterada pela idade, escolaridade e estado civil. Mulheres mais velhas, casadas e com maior escolaridade apresentam um melhor *score* de QV que mulheres mais jovens, solteiras e de baixa escolaridade (Huguet, Morais, Osis, Pinto-Neto & Gurgel, 2009; Makluf, Dias & Barra, 2006; Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos, 2001).

É de suma relevância oferecer uma assistência multidisciplinar para auxiliar as mulheres mastectomizadas, a aceitar as marcas impressas no seu corpo.

Determinantes clínicas

Neste domínio, conforme descrito na literatura e para além do referido anteriormente, podemos analisar elementos do tipo: tratamento instituído, abordagens cirúrgicas, terapias adjuvantes e efeitos secundários.

Acrescentar possíveis complicações pós-cirurgia, nomeadamente as alterações músculo-esqueléticas e sensitivas, avaliando também o conhecimento prévio que a doente tem sobre a sua patologia, identificando os elementos que podem interferir no seu processo de reabilitação nos momentos pré e pós-operatório.

Como refere Cardoso (2006), no ocidente, a representação social de corpo guia-se pelo mito do corpo perfeito. A doença e a incapacidade física perturbam o modelo de perfeição, despoletando vivências de perda da integridade corporal e de perda de identidade.

Corroborando esta ideia, Cardoso e Comba (2010) defendem que toda a cirurgia da mama deve ser realizada com uma intenção oncológica, pretendendo obter a resseção mais segura possível do ponto de vista oncológico e associada ao melhor efeito estético.

Atualmente, diversos estudos revelam que a opção da abordagem cirúrgica tem repercussão direta na QV, revelando que a mastectomia influencia a percepção negativa da imagem corporal, em comparação com a cirurgia conservadora (Arndt, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2008; Markopoulos et al., 2009; Shi et al., 2011), sendo um resultado previsível diante da retirada da mama.

A mastectomia tem efeitos secundários temporários ou recorrentes, sendo os mais frequentes o desequilíbrio do peso; dores nas costas e no pescoço; pele repuxada na área onde o peito foi removido; rigidez nos músculos do braço e do ombro, do lado da mama removida, algumas mulheres perdem irreversivelmente a força nesse membro, comprometendo a corporalidade e funcionalidade da mulher. (Remondes-Costa, Jimenez & Ribeiro, 2011, p.269)

De um modo geral, mulheres com cancro de mama passam pela cirurgia e por tratamentos adjuvantes, como a hormonoterapia ou a radioterapia, com efeito loco regional, ou ainda a quimioterapia, com efeito sistémico, a fim de reduzir os riscos de recorrência da doença, quer seja local ou também à distância. Estes tratamentos têm potenciais efeitos na QV relacionada com a saúde (Hopwood, Haviland, Mills, Sumo & Bliss, 2007) e, por isso, a equipa multidisciplinar tem que intervir em todo o processo de reabilitação da mulher. Alves et al. (2011, p.734) dizem que:

...as informações e orientações transmitidas às mulheres mastectomizadas, pelos profissionais de saúde e meios de comunicação, sobre as causas do cancro da mama, aspetos relacionados à prevenção, ao tratamento e suas implicações no quotidiano, são consideradas imprescindíveis na diminuição da ansiedade e do medo perante o diagnóstico e o tratamento.

Neste sentido, a equipa de enfermagem tem um papel preponderante desde a fase de diagnóstico até à alta hospitalar, num acompanhamento muito próximo da mulher e da sua família, sendo um elemento orientador nos momentos pré e pós-operatório no contexto do autocuidado, e quanto ao procedimento cirúrgico, oferece apoio e esclarecimentos necessários, permitindo a tomada de decisão sobre o tratamento.

Considerando as complicações pós-operatórias que evoluem para cronicidade, a bibliografia descreve alterações prevalentes no aparelho músculo-esquelético, focalizadas principalmente na cintura escapular e tronco, onde diversos estudos referem como principais alterações nas mulheres mastectomizadas a tendência para desenvolver cervicalgia, ter dor e

dificuldade em elevar o braço e dor no ombro, apresentando com frequência contraturas na região cervical e cintura escapular, elevando o ombro e escápula e abduzindo a escápula homolateral à cirurgia (Rangel et al., 2015).

Em suma, as determinantes clínicas são múltiplas, observando-se atualmente tendência para abordagens e medidas terapêuticas com a mínima intervenção possível, garantindo o controlo da doença e limitando ao máximo as morbilidades (Veronesi & Zurrída, 2007). A preocupação com este tipo de medida, no sentido de preservar a melhor QV relacionada com a saúde, está em maior evidência pois vai muito além do aumento da sobrevida dos doentes.

Determinantes psicossociais

As determinantes no domínio psicossocial também se revestem de grande singularidade, uma vez que se relacionam com elementos muito individuais e, conseqüentemente, de natureza subjetiva.

Na verdade, a mulher que passa por uma experiência cirúrgica da mama sente a imagem corporal afetada, podendo este sentimento ser influenciado por múltiplas variáveis que vão desde o valor atribuído às mamas, a autoimagem pré e pós-operatória, a relação com o parceiro, entre outros fatores muito pessoais e que variam de mulher para mulher.

O estudo qualitativo de carácter descritivo-exploratório de Ramos et al. (2012) mostrou que a ausência da mama e o seu significado para a mulher leva a um sentimento de incompletude, estando inerentes as mudanças na dinâmica familiar e nas relações interdependentes

Uma análise acerca da funcionalidade familiar e das alterações sofridas na dinâmica familiar considera-se de enorme pertinência, pois o suporte emocional da família é um fator fortemente positivo, que poderá reduzir o impacto de vários fatores, resultando num ajustamento positivo, independentemente da gravidade da doença (Holland & Mastrovito, 1980).

A maior parte das mulheres refere medos de recorrência e descreve períodos de tristeza ou ansiedade pela perda do seio. Também Marques e Okazaki (2012) referem que das mulheres mastectomizadas emergem sentimentos de desvalorização, vergonha, repulsa, angústia e identidade perdida, relativamente à imagem corporal, o que acarreta conseqüências para a sua autoestima e valorização pessoal.

A ablação da mama inerente à cirurgia de mastectomia modifica a identidade da mulher nos aspetos sociais e sexuais, com reflexos nos seus relacionamentos interpessoais. Relativamente aos efeitos da mastectomia sobre a vida do casal, a diminuição da autoestima influencia a sua relação conjugal, embora seja dependente do tipo de relação pré-existente à intervenção cirúrgica, e da qualidade do relacionamento sexual e envolvimento emocional anteriores ao fenómeno (Fernandes & Mamede, 2003).

Paralelamente, a saúde mental da mulher mastectomizada sofre alterações, pois vários estudos demonstram que os estados de ansiedade e depressão são sentimentos permanentemente referidos nas diferentes fases da doença, e influenciados diretamente por dimensões como a autoestima, a autoimagem, a sexualidade e a pela alteração do papel da mulher no seio familiar.

Reforçando esta ideia, Oliveira (2004, p.53), refere que:

...neste contexto verificaram mudanças no papel desempenhado pela mulher na família, sobretudo no que respeita à execução das atividades domésticas, pelo que as mulheres manifestaram a importância e a necessidade de apoio no processo de integração na família, sobretudo quando regressavam a casa após a mastectomia....

A angústia e a vergonha são também sentimentos presentes após a mastectomia, surgindo como uma forma de extravasamento de todo um conjunto de emoções e deceções, aliadas a desesperança e sentimento presente de descrença e luta pela vida.

Marques e Okazaki (2012), referem que a perda da mama causa sentimentos de vergonha, rejeição e inferioridade na mulher, pelo facto de o corpo desempenhar um papel importante na construção da sua autoimagem e consciência, especialmente na relação que estabelece com o próprio corpo, elemento substancial da sua individualidade e personalidade.

O impacto psicológico e as respostas emocionais da mulher variam consideravelmente com o estágio da doença, os recursos internos da mulher, o seu perfil psicológico e o estágio de desenvolvimento do seu ciclo de vida (idade), considerando-se fatores chave que condicionam a sua resposta, quer na altura do diagnóstico quer ao longo de todo o processo da doença. Payne, Sullivan e Missie (1996) reforçam esta ideia ao dizerem que outros fatores como o ambiente familiar, social e cultural, assim como o suporte emocional e financeiro, constituem-se como elementos intervenientes na adaptação de cada mulher à doença.

Em suma, como pudemos constatar, são diversos os determinantes que intervêm na QV relacionada com a saúde na abordagem das mulheres adultas mastectomizadas. A vivência da

mastectomia pela mulher reveste-se de enorme singularidade, e todo o processo é influenciado por diversas componentes, onde a enfermagem deverá ter um papel interventivo, participando ativamente no processo de transição à sua diferente condição física, psíquica, emocional e familiar, apresentando uma função de destaque na prevenção, no decorrer do tratamento e na gestão eficaz das complicações que podem comprometer a funcionalidade e afetar a QV da mulher.

Medição da qualidade de vida em saúde

Na saúde, as avaliações relatadas pelos doentes são cada vez mais usadas para ajudar a determinar formas eficazes de tratamento, dando pistas para melhor se promover a QV desses doentes.

As avaliações autorrelatadas de saúde e de QV em geral têm mais significado para as pessoas afetadas pela doença, submetidas a tratamentos e a tentar recuperar ou manter a saúde, estando os responsáveis pelas políticas públicas cada vez mais interessados em desfechos autorrelatados.

Os domínios da QV devem ser escolhidos pelo próprio indivíduo, e adotando esta perspectiva, duas avaliações de QV jamais podem ser iguais, uma vez que cada avaliação mostra uma experiência individual que pode ser limitada pelo ambiente particular do indivíduo ou pelo momento específico.

Neste sentido, o desafio passa por criar instrumentos que possam medir com fidelidade a QV das pessoas, com avaliações que representem de forma efetiva as vozes e as preocupações dessas mesmas pessoas.

A OMS (WHOQOL) tem-se debruçado nos últimos anos sobre o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da QV que correspondam aos objetivos pretendidos, englobando a variação cultural de diferentes países, uma vez que o que emerge das diferentes línguas e culturas é o que permite comparações globais.

Outra perspectiva tido em conta é a abordagem da QV baseada nas necessidades. Fleck (2008, p.25), defende que:

o modelo baseado em necessidades reconhece a importância de se obter o conteúdo de um instrumento diretamente da pessoa afetada pela doença. O conteúdo dessas avaliações é desenvolvido a partir do relato da experiência dos pacientes em satisfazer as próprias necessidades. Considera-se que a qualidade de vida provém da habilidade e da capacidade dos indivíduos satisfazerem as suas necessidades, tanto as que são inerentes quanto aquelas que são aprendidas,

e uma qualidade de vida alta é alcançada quando o indivíduo satisfaz as suas necessidades.

O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida”, aliados ao avanço tecnológico ao nível da área da saúde, conduziram a que, atualmente, se vivenciem com frequência condições de cronicidade e aumento da sobrevida dos doentes. A oncologia foi uma das principais áreas confrontadas com a necessidade de avaliar a QV das pessoas acometidas por patologias desta natureza, onde se inclui o cancro da mama.

Como referimos anteriormente, o cancro da mama e o seu tratamento, muitas vezes provocam na mulher modificações psíquicas, emocionais e sociais com alterações na autoimagem e perda funcional. Essas alterações e outras podem ser quantificadas através de escalas construídas para avaliar essa QV.

As medidas quantitativas na QV relacionada com a saúde, surgem com intuito de reconhecer/avaliar o impacto da doença sentida pela doente, criar indicadores de gravidade e progressão da doença, bem como prever a influência dos tratamentos. Consequentemente, a sua leitura e interpretação permite nortear estratégias de intervenção terapêutica bem como criar parâmetros para definição de ações no sentido da promoção da saúde individual e/ou coletiva.

Pela revisão bibliográfica realizada para a realização do presente estudo, verificamos que o instrumento da European Organization for Research and Treatment of Cancer, QLQ-C30, é um dos instrumentos para avaliar a QV de doentes com cancro, mais frequentemente utilizados, principalmente nos países de língua inglesa, como os Estados Unidos ou a Austrália.

Este questionário é constituído por trinta itens, que englobam cinco escalas funcionais, três escalas sintomáticas e escala do estado global de saúde e QV. Associado a este instrumento surge o módulo BR23 (*Breast Specific*), que avalia aspetos específicos do cancro da mama.

Pela especificidade do instrumento, e pelos domínios que abrange, e já com validação para a língua portuguesa, consideramos pertinente a sua escolha para o presente estudo.

2ª PARTE

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 - Metodologia

Concluído o enquadramento teórico que contextualiza a questão central desta investigação, explicitamos, nesta parte, as decisões metodológicas adotadas, nomeadamente a justificação do estudo, a questão e os objetivos da investigação, desenho e caracterização do estudo, a definição da população e amostra, a identificação das variáveis e a formulação das respetivas hipóteses, a descrição do instrumento de recolha de dados bem como os procedimentos utilizados na sua aplicação, o tratamento e a análise estatística da informação obtida durante a fase empírica.

1.1 - Justificação do Estudo

O cancro da mama é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, não só por ser frequente e, muitas vezes, associado a uma imagem de gravidade, mas essencialmente porque atinge e agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade. O cancro da mama é a patologia oncológica que mais afeta a mulher, sendo uma importante causa de mortalidade e morbilidade.

Em Portugal, os números apontados pela LPCC (2011) indicam que surgem aproximadamente 6.000 novos casos de cancro da mama por ano; uma em cada 10 mulheres irá desenvolver cancro da mama em algum momento da sua vida; diariamente, 11 a 13 mulheres são informadas de que têm a doença; o cancro mata todos os anos aproximadamente 1.500 mulheres; morrem todos os dias quatro mulheres vítimas de cancro da mama e aproximadamente 90% dos cancros da mama é curável, se detetado precocemente e tratado corretamente.

Atualmente, existem diversas opções de tratamento que englobam a abordagem cirúrgica e o tratamento sistémico direcionado à patologia. O tratamento do cancro da mama acarreta, para a mulher, uma série de consequências a nível físico e psicológico, pelo que podemos afirmar que ocorre uma profunda alteração bio-psico-sócio-espiritual, pois além das causas básicas associadas a esta condição, existe uma imagem mental que cada ser humano tem do seu corpo, da sua fisiologia e do seu autocontrolo. Portanto, uma limitação estética ou funcional de qualquer unidade deste conjunto gera insegurança, medo de rejeição e profundas mudanças na sua vida como um todo (Rogenski, Baptista & Rogenski, 1999).

O cancro da mama continua a ser muito temido pela sociedade em geral. O seu tratamento, particularmente a cirurgia, além da evolução nos últimos anos, continua a ser muito danosa pela sua elevada incidência em termos de comorbilidades e consequências deixadas a nível físico, emocional e social, na mulher, na sua família e respetiva rede social envolvente (Amorim, 2007).

Como tal, compete ao enfermeiro de reabilitação facilitar a adaptação da pessoa a uma nova vida, meta que passa por uma relação de ajuda e por atividades educativas abrangentes com enfoque nos aspetos técnicos, sociais, profissionais e na adaptação à nova vida íntima da mulher (Martins, 2004). Deste modo, é fundamental um planeamento dos cuidados de saúde desde o pré-operatório, no sentido de preparar a mulher, quer física quer emocionalmente, para a sua nova realidade, favorecendo, assim, o seu processo reabilitação e uma melhor QV.

Foi diante desta relevância socioeducativa da intervenção dos enfermeiros de reabilitação em relação às mulheres mastectomizadas, que encontramos justificação para a realização deste estudo, tendo em vista um conhecimento mais amplo e objetivo deste campo de intervenção, por forma a contribuir para a orientação destes profissionais, no sentido de melhorar o estado de saúde das mulheres mastectomizadas.

1.2 - Questão e Objetivos da Investigação

Uma questão de investigação é uma pergunta respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. Por isso, deve ser um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Com base nos conceitos anteriormente enunciados, formulámos a pergunta inicial - ***Qual o impacto da mastectomia na qualidade de vida da mulher?***, a partir da qual traçamos os objetivos, que se configuram como um contributo para um melhor conhecimento e compreensão do problema e, conseqüentemente, para demonstrar a importância da intervenção dos enfermeiros de reabilitação na doente mastectomizada. Assim, constituem-se objetivos deste estudo:

- Avaliar a QV de mulheres mastectomizadas;
- Compreender a relação existente entre as determinantes sociodemográficas e a QV nas mulheres mastectomizadas;

- Compreender a relação existente entre as determinantes clínicas e a QV nas mulheres mastectomizadas;
- Compreender a relação existente entre as determinantes psicossociais e a QV nas mulheres mastectomizadas;

1.3 - Desenho do Estudo

Desenho do estudo define-se como o conjunto de decisões a tomar para conceber uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses, definindo mecanismos de controlo e minimizando os riscos de erro (Fortin et al., 2009). Tendo em conta os objetivos do estudo, é nossa intenção “proporcionar familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito e de realizar a descrição das características de determinada população ou fenómeno” (Gil, 1991, pp. 45-46), pelo que nos pareceu adequado concebê-lo como uma pesquisa **não experimental, exploratória**, com carácter **descritivo** e **correlacional**, que permita um conhecimento mais contextualizado do problema no nosso meio, ou seja, que “visa explorar as dimensões desse fenómeno, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais se relaciona” (Polit & Hungler, 1995, p.14). Orientado para a recolha de dados mediante a observação sistemática de uma situação, num determinado momento, pode ser classificado como um **estudo transversal** (Ribeiro, 1999).

A estes aspetos acrescentamos o quadro espaço-temporal em que o objeto de estudo está configurado numa perspetiva de natureza **quantitativa elementar**, assente na necessidade de um “levantamento descritivo”, que permita fundamentar apreciações e decisões com origem em problemas práticos. Trata-se de obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares (Fortin et al., 2009).

Em qualquer investigação, a seleção da amostra é fundamental à sua condução, no entanto, Stake (1995) adverte que, neste tipo de estudo, o processo de amostragem é secundarizado na medida em que não se estuda um caso para compreender os outros casos, mas para compreender o próprio caso. Por isso, segundo Colás Bravo e Buendia Eisman (1998), a constituição da amostra é sempre intencional, muito mais implicada com critérios

pragmáticos e teóricos do que com critérios probabilísticos que, neste estudo, se identifica com uma amostra de conveniência.

1.4 - População e Amostra do Estudo

A definição da população e da amostra de um estudo consiste na escolha dos sujeitos ou elementos a incluir no estudo, que constituirão a fonte de dados. Uma população define-se como um conjunto de elementos ou de sujeitos com características comuns, determinadas por vários critérios (Fortin et al., 2009), ou seja, conjunto total de casos sobre os quais se pretende retirar conclusões (Hill & Hill, 2000).

A população do presente estudo é constituída por todas as mulheres mastectomizadas no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), EPE. Já a amostra é constituída pelas mulheres mastectomizadas seguidas em consulta de cirurgia e cirurgia oncológica no período compreendido entre 01 de setembro e 31 de dezembro de 2016.

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 43 mulheres.

Como **critérios de inclusão**, foram definidos:

- i) mulher adulta com idade compreendida entre 18 e 65 anos;
- ii) mulher mastectomizada no CHTMAD;
- iii) mulher seguida em consulta de *follow-up* de cirurgia e cirurgia oncológica;
- iv) mulher mastectomizada há mais de três meses.

Como **critérios de exclusão**:

- i) mulher mastectomizada há mais de três anos;
- ii) possuir mais de 65 anos.

1.5 - Variáveis do Estudo

Segundo Fortin et al. (2009), as variáveis são as unidades de base da investigação e são consideradas qualidades, propriedades ou características das pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. Todas as variáveis que podem interferir com o objeto de estudo devem ser tidas em consideração e também devidamente controladas, para

impedir o comprometimento ou o risco de invalidar a pesquisa. Assim, devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional, e podem ser classificadas segundo o papel que exercem na investigação, em variáveis independentes, dependentes e atributo. Dado o tipo de estudo, e na medida em que a informação detalhada sobre um determinado fenómeno é mais relevante para os objetivos, a definição de hipóteses e o estabelecimento de relações entre as variáveis e, por conseguinte, a sua relação causal, irá nortear no futuro o aprofundamento deste campo de investigação.

Deste modo, é importante definir variável dependente como “variável influenciada pela variável independente” e a variável independente é aquela que é “manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente” (Fortin et al., 2009).

Neste sentido, é pertinente a identificação das variáveis em estudo:

Variável dependente: QV das mulheres mastectomizadas,

Variáveis independentes:

- *Variáveis sociodemográficas* (idade, estado civil, residência, habilitações literárias, profissão, rendimento mensal médio do agregado familiar);
- *Variáveis clínicas* (tipo de cirurgia + abordagem axilar, tratamento adjuvante, dor, mão dominante é do lado da cirurgia, força membro superior lado são, força membro superior lado operado, ADM lado são (adução horizontal, abdução, flexão, extensão), ADM lado operado (adução horizontal, abdução, flexão, extensão), história de cancro de mama na família, prática de desporto, reabilitação pós-cirurgia, profissional de saúde falou acerca de reabilitação pós-mastectomia, incapacidade do braço, ombro e mão);
- *Variáveis psicossociais* (agregado familiar, número de filhos, apoio familiar e funcionalidade familiar).

Para obtermos uma visão integral das variáveis, apresentamos o modelo conceptual do estudo (figura 3), com o intuito de sistematizar os diferentes domínios que integram a investigação.

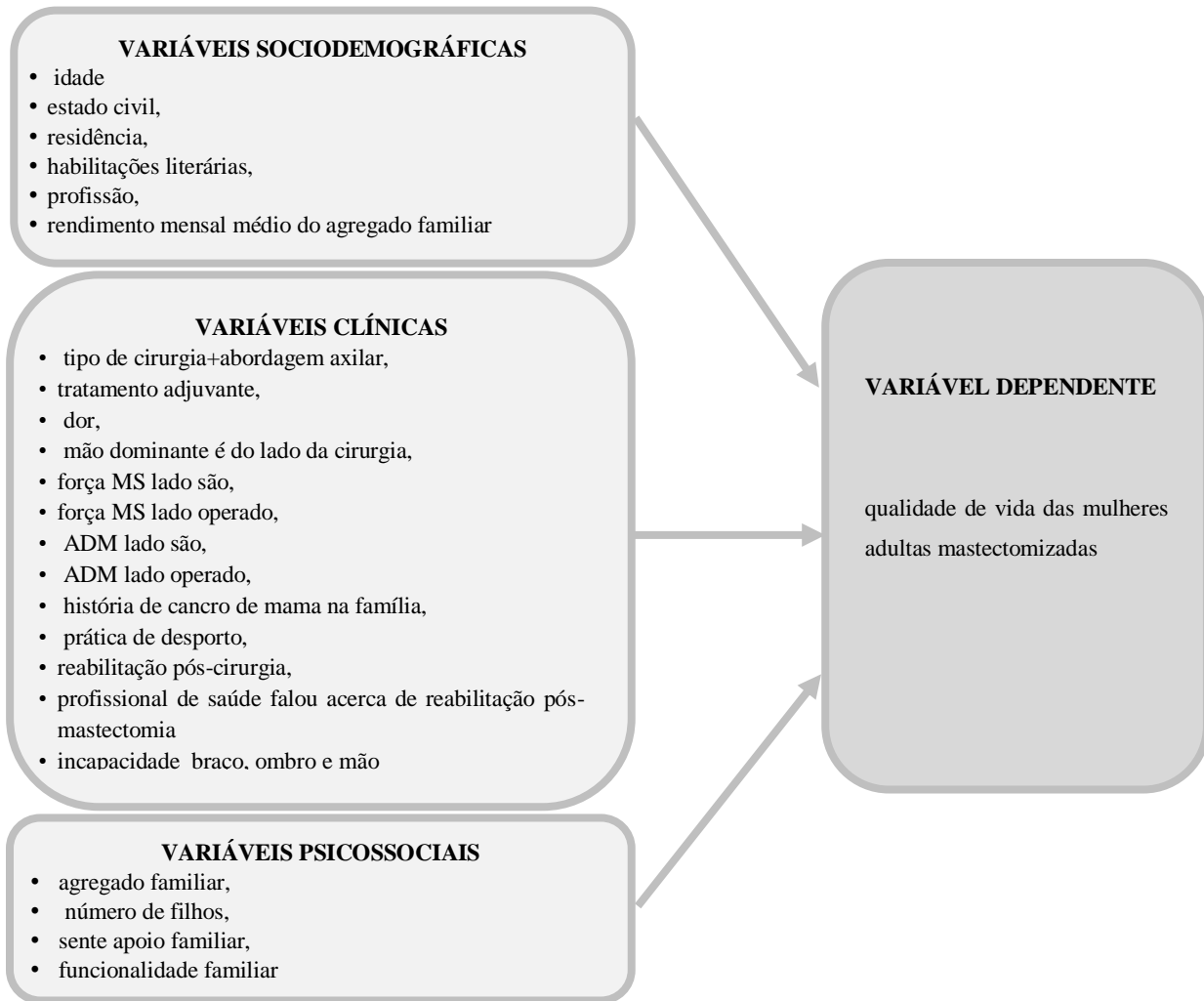


Figura 3 - Modelo conceptual do estudo

1.6 - Hipóteses em Estudo

As hipóteses de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. Para Marconi e Lakatos (2007), estas são o enunciado geral de relações entre variáveis, ”formulado como solução provisória para determinado problema (...), compatível com o conhecimento científico (coerência externa) e revelando consistência lógica (coerência interna).

As hipóteses sucedem os objetivos e particularizam aspetos a estudar. Para o presente estudo, foram elaboradas três hipóteses complexas e posteriormente transformadas em hipóteses simples:

H₁- Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento mensal médio) e a QV.

H_{1.1}- Existe associação entre a idade e a QV?

H_{1.2}- Existe associação entre o estado civil e a QV?

H_{1.3}- Existe associação entre as habilitações literárias e a QV?

H_{1.4}- Existe associação entre o rendimento mensal médio e a QV?

H₂ - Existe associação entre as variáveis clínicas (tipo de cirurgia, tratamento adjuvante, dor, mão dominante lado da cirurgia, força lado são, força do lado operado, história cancro da mama na família, pratica regular desporto, reabilitação após a cirurgia, incapacidade do braço, ombro e mão) e a QV.

H_{2.1} - Existe associação entre o tipo de cirurgia e a QV?

H_{2.2} - Existe associação entre o tratamento adjuvante e a QV?

H_{2.3} - Existe associação entre a dor e a QV?

H_{2.4} - Existe associação entre a mão dominante/lado cirurgia e a QV?

H_{2.5} - Existe associação entre a força MS e a QV?

H_{2.6} - Existe associação entre a ADM do ombro e a QV?

H_{2.7} - Existe associação entre a história familiar de cancro e QV?

H_{2.8} - Existe associação entre a pratica de desporto e a QV?

H_{2.9} - Existe associação entre a reabilitação pós-cirurgia e a QV?

H_{2.10} - Existe associação entre a incapacidade do braço, ombro e mão e a QV.

H₃ - Existe relação entre as variáveis psicossociais (número de filhos, apoio familiar, funcionalidade familiar) e a QV.

H_{3.1}- Existe associação entre o número de filhos e a QV?

H_{3.2}- Existe associação entre o apoio familiar e a QV?

H_{3.3}- Existe associação entre a funcionalidade familiar e a QV?

1.7 - Instrumentos de Recolha de Dados

Para avançarmos nas considerações relacionadas com a realização do estudo, importa colher os dados, pelo que precisamos de instrumentos que, na opinião de Gil (1995), são

utensílios utilizados pelo investigador para recolher informação válida e pertinente sobre a problemática de investigação.

Ao considerarmos os objetivos, o tipo de estudo e a problemática construída, elegemos o questionário como um dos métodos de recolha de dados, uma vez que se revela adequado, especialmente para o conhecimento de uma população quanto às suas características, ao seu nível de conhecimento, aos seus comportamentos, opiniões, sugestões e valores (Gil, 1995; Quivy & Campenhoudt, 1998). Greene e Simons-Morton (1988), referem também que o questionário é uma das ferramentas mais usadas e especialmente útil quando se pretende determinar as necessidades percebidas, as crenças, atitudes e comportamentos, assim como a caracterização demográfica de um grupo de pessoas. Contrariamente ao que se pensa, um questionário não se resume a uma mera interrogação de um determinado número de indivíduos tendo em vista uma generalização. Esta posição assume-se como demasiado reducionista e arbitrária, pois como salientam Fortin et al. (2009, p.387), este instrumento de recolha de dados:

...permite uma uniformidade a nível da apresentação e das directivas, o que assegura uma constância de um questionário para o outro e, por este facto a fidelidade do instrumento, o que torna possível as comparações entre os respondentes. Além disso, o anonimato das respostas tranquiliza os participantes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões.

Atendendo às razões apresentadas na componente do estudo de natureza quantitativa, sustentámos a elaboração do questionário numa extensa revisão bibliográfica sobre o tema e na nossa experiência profissional com doentes mastectomizadas, tendo o cuidado de utilizar uma linguagem adequada às características da população, bem como à formulação de perguntas relevantes para a concretização dos objetivos do estudo.

Em termos gerais, o questionário (*Anexo A*) é precedido de uma nota de esclarecimento, que explica às mulheres mastectomizadas os objetivos do estudo, o âmbito de desenvolvimento, as instruções de preenchimento e a informação sobre a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, bem como o reconhecimento pela sua participação no estudo. Está organizado em quatro partes: a primeira diz respeito às características sociodemográficas das participantes do estudo, com a finalidade de obtermos informação para a sua caracterização (idade, estado civil, residência, habilitações literárias, profissão e rendimento mensal médio do agregado familiar), abrangendo as questões de 1 a 6; da segunda parte constam 12 questões numeradas de 7 a 18, visando a caracterização clínica da mulher mastectomizada, no que refere a tipo de cirurgia mais abordagem axilar, tratamento adjuvante,

dor, se mão dominante coincidente com o lado da cirurgia, força do membro superior do lado são e operado, ADM do ombro do lado são e lado operado nos movimentos de adução horizontal, abdução, flexão e extensão, história familiar de cancro da mama, pratica regular de desporto, realização de reabilitação pós-cirurgia e conhecimento acerca de exercícios de reabilitação, abordados por algum profissional de saúde, durante o período pré e pós-operatório; da terceira parte consta a caracterização psicossocial explícita da pergunta 19 à 25, que engloba agregado familiar e perceção sobre o apoio e funcionalidade familiar, operacionalizada através da aplicação da escala de Apgar Familiar (questões 21 à 25).

Apgar Familiar

Esta escala (*Anexo A*), elaborada por Smilkstein (1978), cit. por Azeredo e Matos (1989), aborda aspetos fundamentais das funções familiares, sendo estes a adaptação intra-familiar, a participação e a comunicação, o crescimento e o desenvolvimento, o afeto e, por fim, a decisão. É constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais da função familiar. Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas, podendo as famílias ser classificadas em: Família altamente funcional: 7 – 10; Família com moderada disfunção: 4 – 6; Família com disfunção acentuada: 0 – 3. Tem por objetivo avaliar apenas o grau de satisfação com a família que o indivíduo admite e verbaliza (Smilkstein, 1978, cit. por Azeredo & Matos, 1989). Neste questionário, entendeu-se como família “o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa vive”. No que respeita à consistência interna da Apgar Familiar, o autor da escala constatou, através dos estudos onde esta foi aplicada, valores de alfa de *Cronbach* entre 0,80 e 0,85 (Smilkstein, 1978).

Tabela 1. Escala de funcionalidade familiar

	Quase Sempre (2 pto.)	Algumas vezes (1 pto.)	Quase nunca (0 pto.)
Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
Está satisfeito como a sua família discute assuntos?			
Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (e.g. amor, irritação, pesar)?			

Fonte: Adaptado de Smilkstein (1978), cit. por Azeredo e Matos (1989).

A quarta parte é constituída por duas escalas, uma referente à avaliação da QV no doente oncológico (EORTC QLQ – C30, versão 3) (*Anexo A*), particularizada com um anexo complementar relativo à QV na doente oncológica com cancro de mama (EORTC QLQ BR23) (*Anexo A*), e outra referente à incapacidade do membro superior (*DASH-Disability of the Arm, Shoulder and Hand*) (*Anexo A*).

De seguida, faz-se uma análise detalhada das escalas utilizadas no instrumento de colheita de dados:

QLQ-C30 e QLQ-BR23

O questionário EORTC-QLQ-C30, desenvolvido pelo Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC, 2001a), é considerado um questionário de avaliação da QV em doentes com cancro, e é constituído por 30 itens, divididos por três escalas: uma escala para avaliação do estado global de saúde e QV (QL2), cinco subescalas funcionais e nove subescalas sintomáticas associadas ao cancro e ao tratamento. As subescalas funcionais (QL2) são: funcionamento físico (PF2), limitações funcionais (RF2), funcionamento emocional (EF), funcionamento cognitivo (CF) e funcionamento social (SF); As subescalas sintomáticas estão compostas pelas escalas fadiga (FA), náuseas e vômitos (NV), dor (PA), falta de ar (DY), insónia (SL), falta de apetite (AP), obstipação (CO), diarreia (DI) e dificuldades financeiras (FI). O formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (do «não» ao «muito») para as escalas funcionais e escalas sintomática, e para a escala global de saúde as respostas são de sete possibilidades de respostas (do «péssima» a «ótima»). Os valores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e uma menor QV. Os valores do questionário são transformados de 0 a 100 (EORTC, 2001b).

O EORTC-QLQ-BR23 (EORTC, 2001a), é um questionário suplementar do EORTC-QLQC30, para o cancro da mama. O módulo, específico para doentes com cancro da mama durante o processo de doença e tratamentos, é constituído de 23 itens, que avaliam sintomas e efeitos colaterais relacionados a diferentes modalidades de tratamento, sobre a imagem corporal, a sexualidade e a perspetiva de futuro. Está dividido por duas escalas: a primeira, constituída por quatro subescalas funcionais, avalia o funcionamento físico do doente durante e após o diagnóstico e tratamento do cancro, e a segunda, igualmente constituída por quatro subescalas de sintomas, onde se avaliam sintomas da doença e efeitos secundários do

tratamento relatados pelos doentes. As subescalas funcionais são: imagem corporal (BRBI), funcionamento sexual (BRSEF), prazer sexual (BRSEE) e perspetivas futuras (BRFU); As subescalas sintomáticas são: efeitos da quimioterapia (BRST), sintomas na mama (BRBS), sintomas no braço (BRAS) e preocupação com a queda do cabelo (BRHL). À semelhança do questionário anterior, o formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (do «não» ao «muito»). Os valores elevados nas escalas de funcionamento indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QV, ao contrário, os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam uma maior sintomatologia e por isso uma menor QV. Idênticos ao EORTC-QLQ-C30, os valores do EORTC-QLQ-BR23 são transformados de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação (EORTC, 2001b).

Nas tabelas 2 e 3 identificam-se os itens referentes a cada uma das subescalas de mensuração da QV.

Tabela 2. Itens/dimensões da escala QLQ-C30 (versão 3.0), sobre a QV dos doentes oncológicos

Itens/ Dimensões	Itens
Dimensão funcional	
Funcionamento físico	1,2,3,4,5
Funcionamento ocupacional (desempenho de papéis)	6,7
Funcionamento emocional	21,22,23,24
Funcionamento cognitivo	20,25
Funcionamento social	26,27
Dimensão de sintomas	
Fadiga	10,12,18
Náuseas e vômitos	14,15
Dor	9,19
Dispneia	8
Insónia	11
Perda de apetite	13
Obstipação	16
Diarreia	17
Dificuldades financeiras	28
Estado global de saúde	29,30

Tabela 3 - Itens/Dimensões da escala QLQ-BR23 (versão 3.0), sobre a QV das mulheres com cancro da mama

Itens/ Dimensões	Itens
Dimensão funcional	
Imagem corporal	9-12
Perspetivas futuras	13
Funcionamento sexual	14,15
Prazer sexual	16
Dimensão de sintomas	
Efeitos colaterais	1-4,6,7,8
Sintomas mama	20-23
Sintomas braço	17,18,19
Queda cabelo	5

A análise dos resultados das duas escalas de avaliação (QLQ-C30 e QLQ-BR23) fornecidas pela EORTC foi feita de acordo com as indicações no manual de cotação (EORTC, 2001b), também fornecido por esta organização, pelo que se procedeu à aplicação de duas fórmulas matemáticas para determinação dos *scores* dos vários itens e das várias dimensões de respostas.

Assim, em relação às dimensões funcionais, foi aplicada a seguinte fórmula:

$$(1-(\text{pontuação}-1)/\text{amplitude})*100$$

E relativamente às dimensões de sintomas, foi aplicada a seguinte fórmula:

$$(\text{pontuação}-1)/\text{amplitude}*100$$

Nestas duas fórmulas, a “pontuação” é a média aritmética dos vários itens que compõem cada uma das várias dimensões, enquanto a “amplitude” é a diferença entre o máximo valor possível e o mínimo valor possível para cada um dos itens. Através da aplicação destas fórmulas matemáticas obtém-se *scores* médios, calculados a partir do SPSS (*Statistical Package for the Social Science*). Os *scores* médios variam sempre entre 0 e 100. Um *score* elevado para as dimensões funcionais significa que há um bom desempenho por parte do indivíduo para essa dimensão. Um *score* elevado para as dimensões de sintomas significa que determinado sintoma interfere muito com a vida do indivíduo, ou porque está muitas vezes presente ou porque tem muita intensidade.

Apesar do autor original da escala não ter optado por reagrupar as diversas subescalas funcionais e sintomáticas, apresentando os valores de referência em cada uma das suas dimensões, consideramos pertinente, neste estudo particular, realizar essa recodificação criando variáveis gerais na dimensão da funcionalidade e da sintomatologia, quer na QLQ-C30 quer na QLQ-BR23 (uma vez que as diversas subescalas se apresentam com sendo da mesma natureza), com o intuito de se desenvolver uma análise dos resultados mais abrangente e permitindo produzir conclusões mais globais e de leitura mais simplificada.

Neste sentido, na apresentação dos resultados a recodificação das variáveis vai permitir esta exposição:

Tabela 4 - Recodificação das variáveis/reagrupamento das subescalas

QLQ-C30	
<ul style="list-style-type: none"> • Estado global de saúde 	Estado global de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento físico • Funcionamento ocupacional (desempenho de papéis) • Funcionamento emocional • Funcionamento cognitivo • Funcionamento social 	QLQ-Funcionalidade geral
<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga • Náusea e vômito • Dor • Dispneia • Insónia • Perda de apetite • Obstipação • Diarreia • Dificuldades financeiras 	QLQ-Sintomatologia geral
QLQ-BR23	
<ul style="list-style-type: none"> • Imagem corporal • Perspetivas futuras • Funcionamento sexual • Prazer sexual 	BR-Funcionalidade específica
<ul style="list-style-type: none"> • Efeitos colaterais • Sintomas mama • Sintomas braço • Queda cabelo 	BR-Sintomatologia específica

Escala de incapacidades do braço, ombro e mão - DASH

O DASH, é um questionário para avaliação da incapacidade de membros superiores, desenvolvido em 1994 pela Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) e Council of Musculoskeletal Specialty Societies (COMSS). A adaptação e validação cultural para a população portuguesa foi desenvolvida por Santos e Gonçalves em 2006, e publicada na Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia.

O questionário é constituído por 30 questões autoaplicáveis e dois módulos opcionais, sendo um para atividades desportivas e musicais e outro para atividades de trabalho. Os itens estão relacionados com a intensidade dos sintomas de dor, fraqueza, rigidez e parestesia do membro superior, além de quantificar o grau de dificuldade no desempenho das AVDs, o comprometimento de atividades sociais, dificuldades para dormir e alterações psicológicas que as limitações do membro causam na vida da doente. Os itens são classificados pelas utentes de acordo com a sua capacidade para desempenhar as diversas atividades referentes à última semana e deverão escolher um só valor da escala de 1 (nenhuma dificuldade) a 5 (incapacidade de realizar a atividade). A utente deverá, no mínimo, responder a 27 dos 30 itens para a escala ser válida. O resultado é calculado com a soma do valor, de 1 a 5, de n

respostas (número de perguntas respondidas), a dividir por n, subtraindo 1 a esse valor e multiplicando por 25. Quanto maior a pontuação alcançada, maior a incapacidade do membro superior. Neste estudo, o DASH foi utilizado excluindo-se os módulos opcionais e foi aplicado pela investigadora para garantir a correta compreensão de todos os itens.

1.8 - Procedimentos de Recolha de Dados

Após cumprimento do pedido de autorização prévia ao Conselho de Administração do CHTMAD e obtenção do parecer positivo pela Comissão de Ética do centro hospitalar (*Anexo B*), procedemos à recolha de dados.

A recolha de dados foi feita através do preenchimento do questionário (autopreenchimento vs heteropreenchimento), de forma anónima às doentes mastectomizadas do CHTMAD, o que permitiu uma interferência mínima e distante da investigadora. A sua distribuição no local da consulta externa do CHTMAD foi precedida de informação sobre o âmbito e finalidades do estudo, procedimentos que garantiram o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados.

1.9 - Tratamento e Análise dos Dados

Finalizada a recolha dos dados, estes necessitaram de uma análise para se poder confirmar, ou não, as questões de investigação propostas, bem como dar resposta às hipóteses de investigação. Partindo desta evidência, torna-se pertinente mencionar a forma como os dados foram tratados estatisticamente.

Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 22.0 para Windows, sendo efetuada a análise estatística descritiva e inferencial dos dados.

Na primeira fase recorreu-se à estatística descritiva, pois esta centra-se no estudo de características “não uniformes das unidades observadas ou experimentadas, descrevendo os dados através de tabelas de frequências e de indicadores” (Pestana & Gageiro, 2014). Assim, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, com medidas de localização de tendência central, como a média, medidas de dispersão, como o desvio-padrão, intervalo de variação e coeficiente de variação, de acordo com as características das variáveis em estudo.

As medidas de dispersão têm a vantagem de ser medidas sem dimensões, que permitem fazer comparações entre diferentes grandezas e escalas, onde se enquadra o coeficiente de variação (CV), que “exprime o desvio padrão como percentagem da média aritmética, e obtém-se multiplicando por 100, o quociente entre o desvio padrão e a média amostral” (Pestana & Gageiro, 2014, p.111), comparando a variabilidade de duas variáveis. Como indicador da dispersão, segundo os mesmos autores, usam-se os seguintes intervalos:

- Para $CV \leq 15\%$, indica uma dispersão fraca;
- Para $15\% < CV \leq 30\%$, indica uma dispersão média;
- Para $CV > 30\%$, indica uma dispersão elevada .

Utilizaram-se também medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis) nas variáveis quantitativas. A avaliação da assimetria utilizada foi então o coeficiente de assimetria, e para o nível de significância de 0,05 (utilizado neste estudo), os valores de referência para se dizer que a distribuição é simétrica varia entre -1,96 e 1,96 (Pestana & Gageiro, 2014). Ou seja:

- Distribuição assimétrica negativa, quando o quociente for $< -1,96$;
- Distribuição simétrica, quociente entre -1,96 e 1,96;
- Distribuição assimétrica positiva, quando o quociente for $> 1,96$.

Outra característica da distribuição é fornecida pelo achatamento ou curtose, que fornece o tipo de forma, mais achatada ou mais pontiaguda (Pestana & Gageiro, 2014). A distribuição pode ser:

- Distribuição mais achatada (do que o normal): Platicúrtica, quociente $< -1,96$;
- Distribuição normal: Mesocúrtica, quociente entre -1,96 e 1,96;
- Distribuição menos achatada (do que o normal): Leptocúrtica, quociente $> 1,96$.

De forma a sintetizar, “uma distribuição normal é simétrica e mesocúrtica, permitindo o cálculo da média e do desvio padrão respetivamente como estatísticas mais representativas da localização e da dispersão” (Pestana & Gageiro, 2014, p.117).

Posteriormente, recorreremos à estatística inferencial, uma vez que permite a “generalização de resultados obtidos para uma amostra, à população da qual provém a amostra” (Fortin et al., 2009).

Com os resultados obtidos recorreu-se à verificação da aderência à normalidade, constatando-se que as variáveis em estudo não permitem a utilização dos testes paramétricos, por não se estar na presença de uma distribuição normal e por as variáveis não serem homogêneas, pelo que foram aplicados testes não paramétricos. Quando a distribuição não é normal, “sabe-se apenas que pelo menos 75% das observações se encontram a dois desvios padrões da média” (Pestana & Gageiro, 2014, p.117). Os testes não paramétricos de aderência à normalidade testam a hipótese nula H_0 e alternativa H_a , cujo objetivo consiste em escolher com o menor erro possível, qual das hipóteses melhor se adequa aos dados (Pestana & Gageiro, 2014).

H_0 : A distribuição da variável aleatória é igual à normal.

H_a : A distribuição da variável aleatória não é igual à normal.

Deste modo, e de acordo com Pestana e Gageiro (2014), foram utilizados os testes estatísticos que a seguir se apresentam.

Teste de *U de Mann-Whitney*, teste alternativo ao teste paramétrico *t de Student* para duas amostras independentes, onde se compara o centro de localização das duas amostras.

Teste de *Kruskal-Wallis* (teste alternativo ao teste paramétrico *Anova*), teste não paramétrico que compara a distribuição de duas ou mais variáveis, de nível pelo menos ordinal em duas ou mais amostras independentes, permitindo detetar diferenças entre as duas populações.

Regressão/correlação linear simples de *Pearson* ($n > 30$), medida de associação que correlaciona duas variáveis de nível intervalar da mesma amostra, permitindo detetar a força e o sentido da correlação.

Utilizou-se os seguintes valores de significância: $p < 0,05$ – diferença estatística significativa e $p \geq 0,05$ – diferença estatística não significativa, com um correspondente intervalo de confiança de 95%.

Quanto à fiabilidade das escalas utilizadas no instrumento de recolha de dados, foi avaliada a partir do cálculo dos coeficientes alfa de *Cronbach* para cada uma delas, cujos valores são apresentados nas tabelas 5, 6, 7 e 8. Para a maioria dos autores, os coeficientes apresentaram valores superiores a 0.70, o que constitui o limite mínimo para podermos considerar que uma escala tem boa coerência interna (Nunnally, 1978).

Tabela 5 - Coeficientes alfa de *Cronbach* calculados para a escala QLQ-C30

Itens/ Dimensões	Itens	α
Dimensão funcional		
Funcionamento físico	5	0,89
Funcionamento ocupacional (desempenho de papéis)	2	0,76
Funcionamento emocional	4	0,93
Funcionamento cognitivo	2	0,48
Funcionamento social	2	0,94
Dimensão de sintomas		
Fadiga	3	0,91
Náusea e vômito	2	0,38
Dor	2	0,69
Dispneia	1	
Insônia	1	
Perda de apetite	1	
Obstipação	1	
Diarreia	1	
Dificuldades financeiras	1	
Estado global de saúde	2	0,87

Tabela 6 - Coeficientes alfa de *Cronbach* calculados para a escala QLQ-BR23

Itens/ Dimensões	Itens	α
Dimensão funcional		
Imagem corporal	4	0,95
Perspetivas futuras	1	----
Funcionamento sexual	2	0,70
Prazer sexual	1	----
Dimensão de Sintomas		
Efeitos colaterais	7	0,85
Sintomas mama	4	0,72
Sintomas braço	3	0,7
Queda cabelo	1	----

Tabela 7 - Coeficientes alfa de *Cronbach* calculados para as escalas QLQ-C30 e QLQ-BR23 recodificadas

Itens/ Dimensões	Itens	α
QLQ-Funcionalidade Geral	15	0,84
QLQ- Sintomatologia Geral	7	0,82
BR -Funcionalidade Específica	6	0,86
BR- Sintomatologia Específica	14	0,78
Estado Global de Saúde	2	0,87

Tabela 8 - Coeficientes alfa de *Cronbach* calculados para as escalas da funcionalidade familiar e DASH

Escala da Funcionalidade Familiar	α - 0,88
DASH	α - 0,97

3ª PARTE**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

1 - Apresentação e Análise dos Resultados

Neste capítulo apresentaremos, analisaremos e faremos a interpretação dos resultados obtidos. Em função dos objetivos da pesquisa, foi efetuada uma codificação dos dados de forma a desenvolver a análise estatística.

Da apresentação dos resultados bem como da sua análise consta a análise descritiva e a análise inferencial, com o objetivo de testar a existência de associações entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes. De salientar que a ordem de apresentação dos resultados respeitará a sequência adotada na construção do instrumento de recolha de dados.

1.1 - Análise Descritiva

A análise descritiva irá centrar-se na caracterização da amostra, descrevendo e analisando os dados através de tabelas de frequências, e consoante as variáveis em estudo, a utilização de medidas de localização, dispersão, simetria e concentração.

1.1.1 - Variáveis da caracterização sociodemográfica

Idade

Pela análise dos resultados descritos na tabela 9, verifica-se que a amostra é constituída por 43 mulheres, cuja idade oscila entre o valor mínimo de 25 e um máximo de 65 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 49,6 anos e um desvio padrão (Dp) de 9,5. A classe etária com maior número de mulheres situa-se entre os 36-45 anos, correspondendo uma percentagem de 34,9%. Ao analisar-se o coeficiente de variação (CV), verificamos a existência de uma dispersão moderada, quanto à simetria (Sk) e achatamento (K) constata-se uma distribuição das idades simétrica e platicúrtica.

Tabela 9 - Estatísticas descritivas da idade das participantes

	n	%	Min.	Max.	X (média)	Dp	Cv (%)	Sk	K
Idade	43	100	25	65	49,6	9,5	19,15%	-0,02	-1,36

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: simetria; K: achatamento.

Estado civil

Relativamente ao estado civil, como se pode observar na tabela 10, a maioria das participantes é casada/vive em união de facto (74,4%), 18,6% são solteiras, 4,7% são divorciadas/separadas e 2,3% são viúvas.

Área de residência

Quanto à residência, 55,8% das participantes reside em meio urbano e as restantes 44,2% residem em meio rural (tabela 10).

Habilitações literárias

Em relação às habilitações literárias, verificou-se que a maioria das mulheres da nossa amostra é detentora de curso superior, correspondendo a uma percentagem de 34,9% (tabela 10).

Profissão

No sentido de realizar um agrupamento adequado das diversas atividades profissionais dos elementos da amostra, recorreremos à Classificação Nacional das Profissões. Quanto à situação profissional, verificamos que a nossa amostra apresenta com grupo profissional com maior representatividade, grupo 2, que engloba profissionais especialistas das atividades intelectuais e científicas (32,56%), que precede 25,58% de mulheres que se encontram em situação de desemprego (tabela 10).

Rendimento mensal médio

Observamos que 37,2% das inquiridas apresenta um rendimento mensal médio compreendido entre 501€ e 1000€, correspondendo à maior percentagem da nossa amostra. Realçamos, também, com uma percentagem ligeiramente inferior (32,60%), o grupo de participantes que apresenta um rendimento mensal de 1001€ a 2000€ (tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		n=43	%
Idade	25-35	2	4,6
	36-45	15	34,9
	46-55	12	27,9
	56-65	14	32,6
Estado civil	Casada/União de facto	32	74,4
	Solteira	8	18,6
	Divorciada/Separada	2	4,7
	Viúva	1	2,3
Área de residência	Meio rural	19	44,2
	Meio urbano	24	55,8
Habilitações literárias	Não saber ler e escrever	0	0,0
	1º Ciclo escolar (4ª classe)	5	11,6
	2º Ciclo escolar (9º ano ou antigo 5º ano)	8	18,6
	12º Ano ou equivalente	4	9,3
	Curso superior	15	34,9
Profissão*	Grupo 1	1	2,36
	Grupo 2	14	32,56
	Grupo 4	8	18,60
	Grupo 6	1	2,36
	Grupo 9	3	6,98
	Aposentadas	5	11,63
	Desempregadas	11	25,58
Rendimento mensal médio do agregado familiar	≤ 500€ (1)	10	23,3
	> 501€ ≤ 1000€ (2)	16	37,2
	>1001€ ≤2000€ (3)	14	32,6
	>2001€ (4)	3	7,0

*Categorização profissional segundo CNP, INE (2011).

1.1.2 - Variáveis da caracterização clínica

Tipo de cirurgia e abordagem axilar

Relativamente ao tipo de cirurgia realizada, verificamos que a maioria das participantes foi submetida a mastectomia com esvaziamento axilar (62,8 %), a mastectomia 20,9%, a tumorectomia 14% e apenas 2,3% a quadrantectomia (tabela 11).

Tratamento adjuvante

Quanto ao tratamento adjuvante das mulheres submetidas, 69,8% efetuou mais que um tratamento, 20,9% efetuou hormonoterapia, 7,0% radioterapia e 2,3% quimioterapia.

Frequência dor/dia a dia

Quando questionadas acerca da dor sentida no seu dia a dia, 39,5% referiu sentir dor “algumas vezes”, 27,9% “raras vezes”, 20,9% “muitas vezes”, 7,0% “sempre” e 4,7% referiu “nunca” sentir dor.

Mão dominante/lado da cirurgia

Quanto ao lado dominante ser coincidente com o lado da cirurgia, em 52,2% mulheres era coincidente e nas restantes 48,8% não o era.

Tabela 11 - Caracterização clínica da amostra (1ª parte)

		n=43	%
Tipo de cirurgia	Mastectomia	9	20,9
	Tumorectomia	6	14,0
	Mastectomia+Esvaziamento axilar	27	62,8
	Quadrantectomia	1	2,3
Tratamento adjuvante	Quimioterapia	10	2,3
	Radioterapia	3	7,0
	Hormonoterapia	9	20,9
	Mais que um tratamento	30	69,8
Dor	Nunca	2	4,7
	Raras vezes	12	27,9
	Algumas vezes	17	39,5
	Muitas vezes	9	20,9
	Sempre	3	7,0
Lado dominante/Lado da cirurgia	Sim	22	51,2
	Não	21	48,8

Força do membro superior

- **lado são**

Como podemos observar pela análise da tabela 12, na avaliação da força do membro superior do lado são (não operado), 97,7% das mulheres apresentava força normal (força 5) e apenas 2,3% apresentava uma força que combate a gravidade com resistência (força 4).

- **lado operado**

Do lado operado, verificamos que 48,9% apresentou força normal (força 5), 39,5% combateu a gravidade com resistência (força 4) e 11,6% combateu a gravidade (força 3),

Tabela 12 - Caracterização da força dos membros superiores das participantes em função da escala da força muscular

Força do membro superior	Lado são		Lado operado	
	n 43	% 100	n 43	% 100
Força 0 (Sem contração - paralisia total)	0	0	0	0
Força 1 (Contração muscular visível ou palpável sem movimento)	0	0	0	0
Força 2 (Movimento ativo com eliminação da gravidade)	0	0	0	0
Força 3 (Movimento ativo contra gravidade)	0	0	5	11,6
Força 4 (Movimento ativo contra resistência)	1	2,3	17	39,5
Força 5 (Força normal)	42	97,7	21	48,9

Força do membro superior (estatística descritiva)

- **lado são**

A força mínima verificada corresponde a 4 e a máxima a 5, a que equivale uma média de 5,0 com Dp de 0,2. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição assimétrica negativa e platicúrtica.

- **Lado operado**

Do lado operado, a força mínima verificada corresponde a 3 e a máxima a 5, a que equivale a uma média de 4,4 com Dp de 0,7. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão média, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Tabela 13 - Estatísticas descritivas da força dos membros superiores das participantes

Força	n	%	Min.	Max.	X (média)	Dp	Cv (%)	Sk	K
Lado são	43	100	4	5	4,98	0,15	3,01	-6,56	43,00
Lado operado	43	100	3	5	4,37	0,69	15,78	-0,65	-0,66

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: simetria; K: achatamento.

Amplitude de movimento do ombro – lado são e lado operado

No que concerne à ADM do ombro, e conforme podemos observar nas tabelas 14 e 15, para os seguintes movimentos verificamos que:

- **Na adução horizontal**, 72,1% das mulheres situava-se entre os 31°-40° de ADM e 27,9% entre os 21°-30°, do lado são, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 30° e a máxima a 40°, a que equivale uma média de 35,8° com Dp de 4,2°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Do lado operado, 58,2% situava-se entre os 21°-30°, 20,9% entre 11°-20°, 16,3% entre os 31°-40° e 4,6% entre os 0°-10°, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 10° e a máxima a 40°, a que equivale uma média de 26,2° com Dp de 6,8°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão média, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

- **Na abdução**, 100% das mulheres situava-se entre os 136°-180° de amplitude no lado são, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 155° e a máxima a 180°, a que

equivale uma média de 167,9° com Dp de 7,9°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

No lado operado, 76,8% das mulheres apresentava amplitude entre os 136°-180° e 23,2% entre os 91°-135°, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 110° e a máxima a 170°, a que equivale uma média de 145,7° com Dp de 13,1°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

- **Na flexão**, do lado são, a totalidade da amostra (100%) situava-se entre os 136°-180° de amplitude, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 155° e a máxima a 180°, a que equivale uma média de 169,3° com Dp de 7,2°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

No lado operado, 90,6% situava-se entre os 136°-180° e 9,4% entre os 91°-135° de ADM, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 30° e a máxima a 170°, a que equivale uma média de 147,3° com Dp de 21,3°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição assimétrica e leptocúrtica.

- **Na extensão** do lado são, 79% situava-se entre os 37°-45° de amplitude e 21,0% entre os 25°-36°, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 30° e a máxima a 45°, a que equivale uma média de 39,6° com Dp de 4,8°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão fraca, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

No lado operado, 53,5% situava-se entre os 25°-36°, 30,2% entre os 13°-24°, 9,3% entre 37°-45° e 7,0% entre os 0°-12°, sendo que a amplitude mínima verificada corresponde a 10° e a máxima a 40°, a que equivale uma média de 25,5° com Dp de 7,9°. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão elevada, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Tabela 14 - Estatísticas descritivas da ADM do ombro (lado são e lado operado) da amostra

Movimento		n	%	Min.	Max.	X (média)	Dp	Cv (%)	Sk	K
Adução horizontal	LS	43	100	30	40	35,8	4,2	11,78	-0,32	-1,53
	LO	43	100	10	40	26,7	6,8	25,49	-0,10	0,14
Abdução	LS	43	100	155	180	167,9	7,1	4,27	0,29	-0,98
	LO	43	100	110	170	145,7	13,1	9,00	-0,46	0,26
Flexão	LS	43	100	155	180	169,3	7,2	4,25	0,06	-0,87
	LO	43	100	30	170	147,3	21,3	14,46	-4,08	22,34
Extensão	LS	43	100	30	45	39,6	4,8	12,13	-0,87	0,03
	LO	43	100	10	40	25,5	7,9	30,82	-0,16	-0,47

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: simetria; K: achatamento; LS: lado são; LO: lado operado.

Tabela 15 - Caracterização da ADM do ombro (lado são e lado operado) das participantes

Amplitude do Movimento	Intervalo ADM	Lado são		Lado operado	
		n	%	N	%
Adução horizontal	0° - 10°	0	0	2	4,6
	11 - 20°	0	0	9	20,9
	21 - 30°	12	27,9	25	58,2
	31° - 40°	31	72,1	7	16,3
Abdução	0° - 45°	0	0	0	0
	46° - 90°	0	0	0	0
	91° - 135°	0	0	10	23,2
	136° - 180°	43	100	33	76,8
Flexão	0° - 45°	0	0	0	0
	46° - 90°	0	0	0	0
	91° - 135°	0	0	4	9,4
	136° - 180°	43	100	39	90,6
Extensão	0° - 12°	0	0	3	7,0
	13° - 24°	0	0	13	30,2
	25° - 36°	9	21	23	53,5
	37° - 45°	34	79	4	9,3

Legenda: ADM: amplitude de movimento.

Na tabela 16, podemos observar ainda alguns dados relativamente à caracterização clínica da amostra:

História familiar de cancro mama

Na nossa amostra, 69,8% das mulheres não apresentava história de cancro de mama na família e apenas 30,2% tinha histórico familiar.

Prática regular de desporto

Foi também questionada a prática regular de desporto, e as respostas mostraram que 69,8% não praticava qualquer atividade física e 30,2% referiu ter prática desportiva regular.

Reabilitação após cirurgia e sua contribuição/recuperação

Quanto à realização de reabilitação pós-cirúrgica, verificamos que 77,7% das mulheres não efetuava qualquer reabilitação e 23,3% afirmou ter realizado. Das que realizaram reabilitação pós-cirurgia, 80,0% sentiu que esta contribuiu muito para a sua recuperação e 20,0% considerou que pouco contribuiu.

Informação de exercícios de reabilitação pós-mastectomia e quem informou

Quando questionadas acerca de existência de reabilitação pós-cirúrgica, 69,8% afirmou ter conhecimento da existência desta prática enquanto 30,2% referiu não o ter. Das que

revelaram ter conhecimento, 46,7% referiu ter sido o médico/a o profissional que transmitiu essa informação, 43,3% o enfermeiro/a, 6,7% outro profissional e 3,3% outra pessoa.

Tabela 16 - Caracterização clínica da amostra (2ª parte)

		n=43	%
História de cancro da mama na família	Sim	13	30,2
	Não	30	69,8
Prática regular de desporto	Sim	13	30,2
	Não	30	69,8
Reabilitação pós-cirurgia	Sim	10	23,3
	Não	33	76,7
Se sim, quanto contribui para a sua recuperação?	Nada	0	0,0
	Pouco	2	20,0
	Muito	8	80,0
Conhecimento sobre reabilitação?	Sim	30	69,8
	Não	13	30,2
Se sim, qual profissional?	Enfermeiro/a	13	43,3
	Médico	14	36,7
	Outro profissional	2	6,7
	Outra pessoa	1	3,3

3.1.3 - Variáveis da caracterização psicossocial

A caracterização psicossocial (tabela 17) foi avaliada pelas seguintes variáveis: número de membros do agregado familiar, número de filhos percepção sobre o apoio familiar, complementada pela aplicação da escala para avaliação da funcionalidade familiar, que compreende um conjunto de questões que vão desde a satisfação com a ajuda familiar, a satisfação com a discussão dos assuntos no seio familiar, a concordância da família com a modificação do estilo de vida, a satisfação com a afeição familiar e com o tempo passado no seio da família.

Número de elementos agregado familiar

Assim, no que se refere ao número de membros do agregado familiar, verificamos que 27,9% tinha no seu agregado familiar dois membros, 25,6% quatro membros, 23,3% três membros, 16,2% um membro e 7,0% cinco membros.

Número de filhos

Quanto ao número de filhos, 34,9% tinha dois filhos, 30,2% não tinha filhos, 25,6% tinha um filho, 7,0% tinha três filhos e 2,3% tinha quatro filhos.

Sentir apoio familiar

Relativamente ao apoio familiar sentido, 67,4% referiu ter “sempre” apoio da família, 18,6% referiu que “quase sempre” sentia esse apoio e 14,0% referiu sentir apenas “algumas vezes” apoio familiar.

Tabela 17 - Caracterização psicossocial da amostra

		n=43	%
Número de membros do agregado familiar	1	7	16,2
	2	12	27,9
	3	10	23,3
	4	11	25,6
	5	3	7,0
Número de filhos	0	13	30,2
	1	11	25,6
	2	15	34,9
	3	3	7,0
Apoio familiar	4	1	2,3
	Sempre	29	67,4
	Quase sempre	8	18,6
	Algumas vezes	6	14,0
	Quase nunca	0	0,0

Funcionalidade familiar

Ao analisar-se os dados resultantes da aplicação da escala da funcionalidade familiar (tabelas 18 e 19), verificamos que os valores oscilam entre mínimo de 0 e um máximo de 10, com uma média obtida de 7,84 e um Dp de 2,37. Ao analisar-se o CV, este indica a existência de uma dispersão elevada (>30%), com uma distribuição simétrica e mesocúrtica.

Tabela 18 - Estatística descritiva da funcionalidade familiar das participantes do estudo

	n	%	Min.	Max.	X (média)	Dp	Cv (%)	Sk	K
Funcionalidade familiar	43	100	0	10	7,84	2,37	30,23	-1,06	0,10

Considerados os dados obtidos, em função da classificação proposta pelos autores da escala, podemos observar que 72,1% das mulheres considerava ter uma família altamente funcional, 25,6% como moderadamente funcional e apenas 2,3% considerava que a sua família apresentava disfunções acentuadas (tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição das participantes pelos níveis da funcionalidade familiar

Funcionalidade Familiar	n	%
Disfunção acentuada (0-3)	1	2,3
Moderada disfunção (4-6)	11	25,6
Altamente funcional (7-10)	31	72,1
Total	43	100

Classificação da escala EORTC QLQ_C30 e QLQ_BR23

Na análise dos dados obtidos após a recodificação das escalas da QLQ_C30 e QLQ_BR23 em cinco subdimensões da QV, organizados na tabela 20, consideramos que todas são avaliadas num intervalo contínuo compreendido entre 0 e 100 pontos.

Neste sentido, podemos constatar que o Estado Global de Saúde e as subdimensões funcionais posicionam-se acima do valor central da escala, e as subdimensões sintomáticas abaixo do valor central, pelo que a amostra evidencia **uma moderada QV**.

Particularizando a análise de cada uma das subdimensões, podemos verificar que:

- Na subdimensão Estado Global de Saúde, os valores oscilam entre o *score* mínimo de 0 e o máximo de 100, com uma média de 58,13, com Dp de 3,23. Nesta subdimensão, os CV apresentam uma dispersão fraca (5,56%). As medidas de assimetria ou enviesamento (Sk) e de achatamento ou curtose (K) remetem para uma distribuição simétrica (-0,33) e mesocúrtica (0,17);
- Na subdimensão QLQ - Funcionalidade Geral, os valores oscilam entre o valor de *score* mínimo de 24,44 e o máximo de 100, com uma média de 70,18 e Dp de 3,56. Nesta subdimensão, os CV apresentam uma dispersão fraca (5,07). As medidas de assimetria ou enviesamento (Sk) e de achatamento ou curtose (K) remetem para uma distribuição simétrica (-0,70) e mesocúrtica (-0,43);
- Na subdimensão BR- Funcionalidade Específica, os valores oscilam entre o valor de *score* mínimo de 19,05 e o máximo de 100, com uma média de 60,69 e Dp de 23,49. Nesta subdimensão, os CV apresentam uma dispersão elevada (38,70). As medidas de assimetria ou enviesamento (Sk) e de achatamento ou curtose (K) remetem para uma distribuição simétrica (-0,19) e mesocúrtica (-1,47);
- Na subdimensão QLQ - Sintomatologia Geral, os valores oscilam entre o valor de *score* mínimo de 0 e o máximo de 56,41, com uma média de 22,96 e Dp de 16,1. Nesta subdimensão, os CV apresentam uma dispersão elevada (70,12). As medidas de

assimetria ou enviesamento (Sk) e de achatamento ou curtose (K) remetem para uma distribuição simétrica (0,27) e mesocúrtica (-0,89);

- Na subdimensão BR-Sintomatologia Específica, os valores oscilam entre o valor de *score* mínimo de 0 e o máximo de 59,52, com uma média de 24,30 e Dp de 14,25. Nesta subdimensão, os CV apresentam uma dispersão elevada (58,64). As medidas de assimetria ou enviesamento (Sk) e de achatamento ou curtose (K) remetem para uma distribuição simétrica (0,46) e mesocúrtica (0,82).

Tabela 20 - Estatística descritiva das subdimensões das escalas QLQ_C30 e QLQ_BR23 das participantes do estudo

Qualidade de vida	n	%	Min.	Max.	X (média)	Dp	Cv (%)	Sk	K
Estado Global Saúde	43	100	0	100	58,13	3,23	5,56	-0,33	0,17
QLQ -Funcionalidade Geral	43	100	24,44	100	70,18	3,56	5,07	-0,70	-0,43
QLQ-Sintomatologia Geral	43	100	0	56,41	22,96	16,1	70,12	0,27	-0,89
BR-Funcionalidade Específica	43	100	19,05	100	60,69	23,49	38,70	-0,19	-1,47
BR- Sintomatologia Específica	43	100	0	59,52	24,30	14,25	58,64	0,46	0,42

Legenda: Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: simetria; K: achatamento.

Classificação da escala de Incapacidade do braço, ombro e mão – DASH

Relativamente à caracterização da amostra face à incapacidade do braço, ombro e mão, pelos dados obtidos pela aplicação da escala (tabela 21), verificamos que os valores de incapacidade oscilam entre um valor de *score* mínimo de 20 e o máximo de 72,67, com uma média de 47,07 e Dp de 14,36. Ou seja, nenhuma das participantes apresentava máxima incapacidade (=100) e/ou máxima funcionalidade (=0). O CV apresenta nesta escala uma elevada dispersão. As medidas de assimetria ou enviesamento (Sk) e de achatamento ou curtose (K) remetem-nos para uma distribuição simétrica (0,03) e mesocúrtica (0,71).

Tabela 21 - Estatística descritiva da incapacidade do braço, ombro e mão das participantes do estudo

	n	%	Min.	Max.	X (média)	Dp	Cv (%)	Sk	K
DASH	43	100	20	72,67	47,07	14,36	30,51	0,03	0,71

Legenda: DASH: *Disabilities arm, shoulder and hand*; Min.: mínimo; Máx.: máximo; Dp: desvio padrão; Cv: coeficiente de variação; Sk: simetria; K: achatamento.

Embora os autores da escala não definam níveis de incapacidade, sendo o maior valor obtido como o correspondente à maior incapacidade, para uma melhor compreensão e análise dos dados obtidos optamos por adotar a categorização pelo método dos grupos extremos revisto de Pestana e Gajeiro (2014), média \pm 1/4 dp, para reagrupar a amostra em diferentes

níveis de incapacidade, permitindo caracterizá-la em termos de frequências descritivas (tabela 22).

Assim, podemos observar que 39,60% das mulheres apresentava incapacidades do braço, ombro e mão baixas, 34,89% incapacidades elevadas e 25,60% apresentava incapacidades moderadas. Podemos constatar que existem dois pólos muito significativos em termos de caracterização da incapacidade apresentada.

Tabela 22 - Distribuição das participantes pelos níveis de incapacidade do braço, ombro e mão

DASH	n	%
Incapacidade baixas (< 43,5)	17	39,60
Incapacidade moderada (43,5-50,7)	11	25,60
Incapacidade elevada (> 50,7)	15	34,89
Total	43	100,00

Legenda: DASH: *Disabilities arm, shoulder and hand*.

1.2 - Análise Inferencial

Após a análise descritiva, prosseguimos com a análise inferencial, uma vez que neste estudo nos propusemos estabelecer relações entre as variáveis através das hipóteses previamente estabelecidas.

Atendendo à natureza de algumas das variáveis em estudo e com o objetivo de compreendermos se existe relação de associação entre essas variáveis nas hipóteses previamente estabelecidas, recorreremos às medidas de associação (correlação de *Pearson*, *Correlação Ró de Spearman*), conhecendo a força e sentido da correlação.

Recorreremos, também, à aplicação dos testes não paramétricos (*Kruskal-Wallis* e *U Mann Whitney*), após verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis (sendo no caso uma distribuição não normal), pois corrobora-se com Pestana e Gageiro (2014), quando afirmam tratar-se de um requisito fundamental prévio à aplicação destes dois testes não paramétricos.

Pela grande heterogeneidade apresentada na:

- variável independente “estado civil”, optamos por categorizá-la em “com companheiro” e “sem companheiro”, proporcionando uma maior homogeneidade das distribuições e viabilização dos testes não paramétricos utilizados;

- variável independente "tipo de cirurgia + tratamento adjuvante", optamos por recodificá-la e categorizá-la em "cirurgia com esvaziamento axilar" e "cirurgia sem esvaziamento axilar", proporcionando uma maior homogeneidade das distribuições e viabilização dos testes não paramétricos utilizados.

H₁ - Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, rendimento mensal médio) e a QV.

H_{1.1} - Idade

Para testar esta hipótese, utilizamos a correlação de *Pearson* para percebermos de que forma a idade se relaciona com a QV. Conforme verificamos na tabela 23, existe uma correlação positiva significativa entre a idade e as dimensões funcionais da QV ($p=0,027$; $p=0,010$). Contudo, não se verifica associação entre as restantes dimensões ($p>0,05$). Face aos resultados, somos levados a aceitar parcialmente a hipótese formulada, afirmando que quanto maior a idade das mulheres melhor é a sua QV ao nível da funcionalidade geral e específica.

Tabela 23 - Correlação linear simples de *Pearson* entre a idade e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	r (<i>Pearson</i>)	Idade	p (sig.)
Estado Global de Saúde	0,021		0,893
QLQ-Funcionalidade Geral	0,336		0,027
QLQ-Sintomatologia Geral	-0,290		0,059
BR-Funcionalidade Específica	0,387		0,010
BR-Sintomatologia Específica	-0,226		0,145

H_{1.2} - Estado civil

Para testar esta hipótese, efetuou-se o teste *U de Mann-Whitney* (tabela 24), que evidencia existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,040$; $p=0,046$) entre os dois grupos. São as mulheres "sem companheiro" a apresentar menores valores ordenados das médias no estado global de saúde e dimensões da funcionalidade (geral e específica), bem como valores ordenados médios mais elevados nas dimensões da sintomatologia, revelando pior QV.

Os resultados obtidos levam-nos a aceitar parcialmente a hipótese formulada, afirmando que as mulheres "com companheiro" apresentam melhor QV quanto ao seu nível de funcionalidade geral e específica.

Tabela 24 - Teste *U de Mann-Whitney* entre o estado civil e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Estado civil	Com companheiro n 32	Sem companheiro n 11	U	p (sig.)
	Ordem média	Ordem média		
Qualidade de vida				
Estado Global de Saúde	23,56	17,45	126,00	0,160
QLQ-Funcionalidade Geral	24,30	15,35	102,50	0,040
QLQ-Sintomatologia geral	20,48	26,41	127,50	0,176
BR-Funcionalidade Específica	24,23	15,50	104,50	0,046
BR-Sintomatologia Específica	21,58	23,30	162,50	0,706

H_{1,3} - Habilitações literárias

Para testar esta hipótese, utilizamos a correlação de *Ró de Spearman* para percebermos de que forma as habilitações literárias se relacionam com a QV. Quanto às habilitações literárias, não verificamos nenhuma relação significativa ($p > 0,05$), pelo que somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que as habilitações literárias das participantes não estão associadas à sua QV (tabela 25).

Tabela 25 - Correlação *Ró de Spearman* entre as habilitações literárias e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	Habilitações literárias	
	<i>ró de Spearman</i>	p (sig.)
Estado Global de Saúde	0,013	0,932
QLQ-Funcionalidade Geral	-0,149	0,339
QLQ-Sintomatologia Geral	-0,070	0,654
BR-Funcionalidade Específica	-0,261	0,091
BR-Sintomatologia Específica	-0,026	0,870

H_{1,4} - Rendimento mensal médio

No que se refere ao rendimento mensal médio, pela análise dos resultados obtidos verificamos existir relação significativa ($ró de Spearman = 0,306$; $p = 0,046$) com o estado global de saúde. Face aos resultados, somos levados a aceitar parcialmente a hipótese formulada, afirmando que quanto maior o rendimento mensal médio do agregado familiar das mulheres melhor é a sua QV na dimensão do estado global de saúde (tabela 26).

Tabela 26 - Correlação *Rô de Spearman* entre o rendimento mensal médio e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	Rendimento mensal médio	
	<i>rô de Spearman</i>	<i>p</i> (sig.)
Estado Global de Saúde	0,306	0,046
QLQ-Funcionalidade Geral	0,105	0,504
QLQ-Sintomatologia Geral	-0,301	0,050
BR-Funcionalidade Específica	0,052	0,742
BR-Sintomatologia Específica	-0,063	0,687

H₂ - Existe associação entre as variáveis clínicas (tipo de cirurgia + abordagem axilar, tratamento adjuvante, dor/sentida no dia a dia, força do membro superior do lado operado, ADM do lado operado, mão dominante do lado da cirurgia, história de cancro da mama na família, prática regular de desporto, reabilitação após a cirurgia) e a QV.

H_{2.1} - Tipo de cirurgia

Para analisar a relação entre o tipo de cirurgia na QV das mulheres submetidas a cirurgia, começamos por recodificar a variável em dois grupos, cirurgia com esvaziamento axilar e cirurgia sem esvaziamento axilar. Posteriormente, efetuou-se o teste *U de Mann-Whitney* (tabela 27), que mostra existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,016$; $p=0,002$; $p=0,002$; $p=0,001$) entre as variáveis descritas. São as mulheres submetidas a cirurgia com esvaziamento axilar a apresentar menores valores ordenados das médias no estado global de saúde e dimensão da funcionalidade geral. Já os valores ordenados médios são mais elevados nas dimensões da sintomatologia, revelando pior QV.

Os resultados obtidos levam-nos a aceitar parcialmente a hipótese formulada, afirmando que a cirurgia mamária com esvaziamento axilar está associada a uma pior QV global, funcional (geral) e sintomática (geral e específica).

Tabela 27 - Teste *U de Mann-Whitney* entre o tipo de cirurgia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Tipo de cirurgia	Com esvaziamento axilar	Sem esvaziamento axilar	U	<i>p</i> (sig.)
	n 27	n 16		
Qualidade de vida	Ordem média	Ordem média		
Estado Global de Saúde	53,08	66,67	121,50	0,016
QLQ-Funcionalidade Geral	62,72	82,78	95,50	0,002
QLQ-Sintomatologia geral	28,59	13,46	96,00	0,002
BR-Funcionalidade Específica	55,56	69,35	144,50	0,071
BR-Sintomatologia Específica	29,89	14,88	78,50	0,001

H_{2.2} - Tratamento adjuvante

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 28) que evidencia existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,041$; $p=0,001$) entre os grupos. São as mulheres que realizam “**mais que um tratamento**” que apresentam menores valores ordenados das médias nas dimensões da funcionalidade, bem como valores ordenados médios mais elevados nas dimensões da sintomatologia, revelando pior QV.

Os resultados obtidos levam-nos a aceitar parcialmente a hipótese formulada, afirmando que as mulheres que realizam “**mais que um tratamento**” adjuvante apresentam pior QV quanto ao seu nível de funcionalidade (geral e específica) e sintomatologia (geral e específica).

Tabela 28 - Teste *Kruskal-Wallis* entre o tratamento adjuvante e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Tratamento adjuvante	Quimioterapia	Radioterapia	Hormonoterapia	Mais que um tratamento	X ²	p (sig.)
	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média		
Qualidade de vida						
Estado Global de Saúde	35,00	30,67	29,00	18,60	7,651	0,054
QLQ-Funcionalidade Geral	37,00	37,12	31,83	17,03	16,103	0,001
QLQ-Sintomatologia geral	3,50	7,33	13,50	26,63	14,570	0,002
BR-Funcionalidade Específica	32,00	33,83	28,67	18,48	8,267	0,041
BR-Sintomatologia Específica	2,00	6,50	12,28	27,13	17,704	0,001

H_{2.3} - Dor

Para testar esta hipótese, utilizamos a correlação de *Pearson* ($p \leq 0,05$) (tabela 29). Pelos resultados obtidos, verificamos existir diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e a presença de dor sentida no dia a dia, com correlações negativas significativas ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,002$) nas dimensões estado global de saúde e funcionais, e correlações positivas significativas ($p=0,000$; $p=0,001$) nas dimensões da sintomatologia. Assim, leva-nos a aceitar a hipótese formulada para todas as dimensões da QV, verificando-se que quanto mais frequente é a dor sentida no dia a dia pior é a QV global e funcional, e maior é a sintomatologia sentida.

Tabela 29 - Correlação linear simples de *Pearson* entre a dor /sentida no dia a dia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	Dor/Sentida no dia a dia	
	r (<i>Pearson</i>)	p (sig.)
Estado Global de Saúde	-0,530	0,000
QLQ-Funcionalidade Geral	-0,620	0,000
QLQ-Sintomatologia Geral	0,552	0,000
BR-Funcionalidade Específica	-0,461	0,002
BR-Sintomatologia Específica	0,476	0,001

H_{2.4} - Força do membro superior do lado operado

Recorremos novamente à correlação de *Pearson* (tabela 30) para testar a relação entre a força do membro superior do lado operado e a QV. Pelos resultados obtidos, verificamos existir relação positiva estatisticamente significativa ($p=0,001$; $p=0,018$; $p=0,014$) entre a força do membro superior operado e as dimensões estado global de saúde e funcionais da QV. Contudo, não se verifica correlação com as dimensões da sintomatologia (QLQ- Sint. Geral $r= -0,177$; $p=0,256$; BR-Sint. Específica $r= -0,140$; $p=0,370$). Desta forma, leva-nos a aceitar parcialmente a hipótese formulada, assumindo-se que quanto a maior é a força do membro superior do lado operado melhor é a QV.

Tabela 30 - Correlação linear simples de *Pearson* entre a força do membro superior do lado operado e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	Força do membro superior do lado operado	
	r (<i>Pearson</i>)	p (sig.)
Estado Global de Saúde	0,505	0,001
QLQ-Funcionalidade Geral	0,360	0,018
QLQ-Sintomatologia Geral	-0,177	0,256
BR-Funcionalidade Específica	0,371	0,014
BR-Sintomatologia Específica	-0,140	0,370

H_{2.5} - ADM do lado operado

Para testar esta hipótese utilizamos a correlação de *Pearson* ($p\leq 0,05$) (tabela 31), onde a variável ADM do lado operado é avaliada nos seguintes movimentos articulares: adução horizontal, abdução, flexão e extensão, com o objetivo de compreender em que medida cada movimento específico afeta a QV das mulheres. Pelos resultados obtidos, verificamos que existe uma relação estatisticamente significativa entre os movimentos de adução horizontal, abdução e extensão e todas as dimensões da QV. Esta relação varia positivamente com as dimensões funcionais da QV e negativamente com as dimensões da sintomatologia. No

movimento de flexão não se verificou qualquer relação. Aceitamos parcialmente a hipótese formulada, verificando que quanto maior a ADM do lado operado melhor é a QV.

Tabela 31 - Correlação linear simples de *Pearson* entre a ADM (adução horizontal, abdução, flexão, extensão) e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Movimento	ADM lado operado							
	Adução horizontal		Abdução		Flexão		Extensão	
	r (Pearson)	p (sig.)	r (Pearson)	p (sig.)	r (Pearson)	p (sig.)	r (Pearson)	p (sig.)
Qualidade de vida								
Estado Global de Saúde	0,525	0,000	0,332	0,030	0,069	0,660	0,310	0,043
QLQ-Funcionalidade Geral	0,528	0,000	0,323	0,034	-0,033	0,832	0,452	0,002
QLQ-Sintomatologia Geral	-0,601	0,000	-0,306	0,046	-0,010	0,950	-0,511	0,000
BR-Funcionalidade Específica	0,532	0,000	0,376	0,013	-0,025	0,875	0,393	0,009
BR-Sintomatologia Específica	-0,427	0,004	-0,276	0,073	-0,035	0,825	-0,473	0,001

H_{2.6} - Mão dominante lado da cirurgia

Para testar esta hipótese, recorremos ao teste *U de Mann-Whitney* (tabela 32) para percebermos de que forma a mão dominante coincidir com o lado da cirurgia se relacionam com a QV. Contudo, não verificamos relações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) pelo que somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que a “mão dominante lado da cirurgia” não está relacionada com a QV das mulheres da amostra.

Tabela 32 - Teste *U de Mann-Whitney* entre mão dominante lado cirurgia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Mão dominante lado cirurgia	Sim n 22	Não n 21	U	p (sig.)
	Ordem média	Ordem média		
Qualidade de vida				
Estado Global de Saúde	19,50	24,62	176,00	0,172
QLQ-Funcionalidade Geral	19,45	24,67	175,00	0,172
QLQ-Sintomatologia geral	24,61	19,26	173,50	0,161
BR-Funcionalidade Específica	18,93	25,21	163,50	0,099
BR-Sintomatologia Específica	22,93	21,02	210,50	0,617

H_{2.7} - História cancro da mama na família

Para testar esta hipótese, efetuou-se o teste *U de Mann-Whitney* (tabela 33) para percebermos de que forma a história familiar de cancro da mama se relacionam com a QV. Contudo, não verificamos nenhuma relação significativa ($p > 0,05$), pelo que somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que a história familiar de cancro da mama não está relacionada com a QV das mulheres da amostra.

Tabela 33 - Teste *U de Mann-Whitney* entre história familiar de cancro da mama e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

História familiar cancro	Sim n 13	Não n 30	U	p (sig.)
	Ordem média	Ordem média		
Qualidade de vida				
Estado Global de Saúde	22,65	21,72	186,50	0,820
QLQ-Funcionalidade Geral	24,88	20,72	157,50	0,320
QLQ-Sintomatologia geral	21,35	22,28	186,50	0,822
BR-Funcionalidade Específica	24,38	20,97	164,00	0,410
BR-Sintomatologia Específica	22,77	21,67	185,00	0,790

H_{2,8} - Prática regular de desporto

Recorremos novamente ao teste *U de Mann-Whitney* (tabela 34) para percebermos se a pratica regular de desporto se relaciona com a QV. Contudo, não verificamos nenhuma relação significativa ($p > 0,05$), pelo que somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que a pratica regular de desporto não está relacionada com a QV das mulheres da amostra.

Tabela 34 - Teste *U de Mann-Whitney* entre a prática regular de desporto e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Pratica desporto	Sim n 13	Não n 30	U	p (sig.)
	Ordem média	Ordem média		
Qualidade de vida				
Estado Global de Saúde	19,65	23,02	164,50	0,415
QLQ-Funcionalidade Geral	22,04	21,98	194,50	0,949
QLQ-Sintomatologia geral	19,42	23,12	161,50	0,374
BR-Funcionalidade Específica	20,69	22,57	178,00	0,651
BR-Sintomatologia Específica	19,42	23,12	161,50	0,373

H_{2,9} - Reabilitação após a cirurgia

Para verificarmos se a reabilitação pós-cirurgia está relacionada com a QV das participantes, recorremos novamente ao mesmo teste (tabela 35). Verificamos que, embora não haja relações estatisticamente significativas ($p > 0,05$), os valores ordenados das médias para as participantes que realizaram reabilitação, nas dimensões da funcionalidade são superiores (OM=23,50; OM=24,55) e os valores ordenados das médias nas dimensões da sintomatologia são inferiores (OM=20,60; OM=19,25). Após a análise dos resultados obtidos, somos levados a rejeitar a hipótese enunciada, afirmando que a reabilitação após a cirurgia não se relaciona com a QV.

Tabela 35 - Teste *U de Mann-Whitney* entre a reabilitação pós-cirurgia e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Reabilitação pós-cirurgia	Sim n 10	Não n 33	U	p (sig.)
	Ordem média	Ordem média		
Qualidade de vida				
Estado Global de Saúde	19,85	22,65	143,50	0,532
QLQ-Funcionalidade Geral	23,50	21,55	150,00	0,665
QLQ-Sintomatologia geral	20,60	22,42	151,00	0,688
BR-Funcionalidade Específica	24,55	21,23	139,50	0,461
BR-Sintomatologia Específica	19,25	22,83	137,50	0,427

H_{2.10} - Incapacidade do braço, ombro e mão

Recorremos à correlação de *Pearson* (tabela 36) para testar a relação entre a incapacidade braço, ombro e mão (DASH) e a QV. Pelos resultados obtidos, verificamos existir correlação negativa altamente significativa ($p \leq 0,001$) entre a incapacidade do braço, ombro e mão ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$) e as dimensões estado global de saúde e funcionais da QV, e correlação positiva altamente significativa com as dimensões da sintomatologia ($p=0,000$; $p=0,000$). Pelos resultados obtidos, aceitamos a hipótese formulada, assumindo que uma maior incapacidade do braço, ombro e mão associa-se a uma pior QV (global, funcional e sintomática).

Tabela 36 - Correlação linear simples de *Pearson* entre a incapacidade do braço, ombro e mão (DASH) e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	DASH	
	r (<i>Pearson</i>)	p (sig.)
Estado Global de Saúde	-0,720	0,000
QLQ-Funcionalidade Geral	-0,825	0,000
QLQ-Sintomatologia Geral	0,764	0,000
BR-Funcionalidade Específica	-0,720	0,000
BR-Sintomatologia Específica	0,703	0,000

H₃ - Existe relação entre as variáveis psicossociais (número de elementos do agregado familiar, número de filhos, apoio familiar, funcionalidade familiar) e a QV.

H_{3.1} - Número de filhos

Para testar esta hipótese, foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 37) que evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, pelo que somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que o número de filhos não está relacionado com a QV das mulheres da amostra.

Tabela 37 - Teste *Kruskal-Wallis* entre o número de filhos e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Número filhos	0	1	2	3	4	X ²	p (sig.)
	n 13	n 11	n 15	n 3	n 1		
Qualidade de vida	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média	Ordem média		
Estado Global de Saúde	20,58	25,23	20,17	23,33	28,50	1,546	0,818
QLQ-Funcionalidade Geral	24,73	22,00	20,97	16,67	18,00	1,366	0,850
QLQ-Sintomatologia geral	18,71	21,23	23,10	29,50	26,50	1,966	0,742
BR-Funcionalidade Específica	23,12	22,32	22,27	19,17	8,50	1,439	0,832
BR-Sintomatologia Específica	15,69	23,59	24,50	20,83	34,50	5,545	0,236

H_{3,2} - “Sentimento” apoio familiar

Para testar esta hipótese, foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* (tabela 38) que evidencia não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os grupos, pelo que somos levados a rejeitar a hipótese formulada, afirmando que “sentimento” de apoio familiar não está relacionado com a QV das mulheres da amostra.

Tabela 38 - Teste *Kruskal-Wallis* entre o “sentimento” de apoio familiar e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

“Sentimento” apoio familiar	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre	X ²	p (sig.)
	n 6	n 8	n 29		
Qualidade de vida	Ordem média	Ordem média	Ordem média		
Estado Global de Saúde	12,08	22,13	24,02	4,583	0,010
QLQ-Funcionalidade Geral	18,17	23,06	22,50	0,666	0,707
QLQ-Sintomatologia geral	27,50	19,88	21,45	1,446	0,485
BR-Funcionalidade Específica	21,00	19,00	23,03	0,698	0,705
BR-Sintomatologia Específica	27,42	18,56	21,83	1,740	0,419

H_{3,3} - Funcionalidade familiar

Quanto à variável psicossocial “funcionalidade familiar”, optamos por recorrer à medida de associação - correlação de *Pearson* (tabela 39). Contudo, e após a análise dos resultados obtidos, não verificamos diferenças significativas ($p > 0,05$) entre a variável enunciada e a QV. Podemos afirmar, desta forma, que a “funcionalidade familiar” não se relaciona com a QV pelo que rejeitamos a hipótese formulada.

Tabela 39 - Correlação linear simples de *Pearson* entre a funcionalidade familiar e a QV das mulheres submetidas a mastectomia

Qualidade de vida	Funcionalidade familiar	
	r (<i>Pearson</i>)	p (sig.)
Estado Global de Saúde	0,200	0,198
QLQ-Funcionalidade Geral	-0,026	0,870
QLQ-Sintomatologia Geral	0,092	0,556
BR-Funcionalidade Específica	-0,130	0,406
BR-Sintomatologia Específica	0,143	0,359

2 - Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos resultados, iremos proceder à sua apreciação crítica, com uma avaliação global do estudo, de modo a destacar os resultados mais significativos, confrontando-os com o enquadramento teórico.

Na caracterização sumária, em termos sociodemográficos, das 43 mulheres que constituíram a população deste estudo, verificamos que a classe etária mais prevalente encontra-se entre os 36-45 anos (34,9%), e que a média de idades se situa nos 49,6 anos (desvio padrão de 9,50). Estes resultados, estão em consonância com os dados do rastreio do programa nacional para doenças oncológicas, relatório de 2015 (Nuno & Portugal, 2016).

A idade, em particular compreendida entre os 50 e os 69 anos, tem sido apontada como o principal fator de risco relacionado com o cancro da mama. A incidência do cancro da mama aumenta rapidamente quando a mulher entra nos 40 anos, os níveis estabilizam entre os 45 e 55 anos e continuam a progredir a um nível gradual até aos 85 anos. Ricks (2005) diz-nos que 75% de todos os casos de cancro da mama ocorre em doentes com 50 anos de idade ou mais velhas. Por outro lado, o aumento da taxa de incidência do cancro da mama após os 40 anos sugere o envolvimento das hormonas reprodutoras, na etiologia deste tipo de cancro, visto que os cancros que não estão dependentes de hormonas não demonstram esta alteração ao nível da incidência, por altura da menopausa (Fernandes, 2009; Kelsey & Horn-Ross, 1993).

No presente estudo, verificamos que quanto maior é a idade das mulheres melhor é a sua QV em termos funcionais, com diferenças estatisticamente significativas a nível de funcionalidade geral ($p=0,027$), bem como a nível específico ($p=0,010$), face à doença.

Estes resultados vão ao encontro do estudo de Huguet et al. (2009), quando afirmam que mulheres mais jovens têm uma QV inferior às mais velhas, pois estas são mais resilientes, aceitam melhor a doença e o seu tratamento, ao contrário das primeiras, que possuem maior risco de disfunção sexual e stresse psicológico, menor amadurecimento para lidar com o processo de doença, além de terem os seus planos de maternidade adiados ou mesmo abandonados em decorrência do tratamento. Também Rebelo, Rolim, Carqueja e Ferreira (2007) no estudo desenvolvido sobre a avaliação da QV em mulheres com cancro da mama, onde utilizaram a mesma escala (EORTC), verificaram que as mulheres mais velhas apresentavam, comparativamente com as mais jovens, melhor QV, em termos de funcionamento físico e sexual e mais problemas sintomáticos. Aspectos como o valor atribuído à mama e a feminilidade, variam com a idade e os diferentes momentos de vida, pelo que Kenny et al. (2000) verificaram que as mulheres mais velhas apresentam melhores *scores* de QV. Diversos aspetos a ter em conta que podem justificar os resultados obtidos para o presente estudo.

Resultados diferentes foram verificados no estudo de Duarte (2013), revelando que quanto mais jovem é a mulher com diagnóstico de cancro da mama e em tratamento, tanto maior é a sua QV, quer global, quer a percecionada na função sexual como na preocupação com a queda de cabelo.

Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres incluídas no estudo (74,4%) são casadas ou vivem em união de facto. Resultado que está de acordo com os dados do Censos 2011 (INE, 2012), em que cerca de 47% da população é casada. Na análise do estado civil por sexo, evidencia que a percentagem de mulheres casadas em território nacional em 2011 correspondia a 45%, seguindo-se de 38% de mulheres solteiras.

A influência verificada entre estado civil e a QV das mulheres do nosso estudo mostra que as mulheres “com companheiro” apresentam melhor QV em termos de funcionalidade ($p=0,040$; $p=0,046$). O cancro da mama e a mastectomia estão associados a várias crenças, simbologias e estigmas. Neste sentido, a presença de um companheiro, segundo Huguet et al. (2009) pode ser fonte de stresse ou de suporte emocional, consoante a qualidade do relacionamento, podendo interferir ou contribuir na QV das mesmas.

Desta forma, na intervenção dos profissionais de saúde, torna-se pertinente uma abordagem atenta ao relacionamento do casal, com o intuito de os acompanhar na compreensão de todo o processo, minimizando possíveis conflitos e repercussões no âmbito psicológico, social e sexual (Amaral et al., 2009).

Outro dado relevante na caracterização das mulheres da amostra está relacionado com as habilitações literárias, onde 34,9% é detentora de curso superior. Este dado está de acordo com o Censos 2011 (INE, 2012), onde a população com 23 ou mais anos, que possui ensino superior completo quase duplicou na última década. Portugal passou de 674.094 indivíduos com ensino superior para 1.220.215. Em 2011, no total da população residente em Portugal havia cerca de 12% (1.244.742 indivíduos) com curso superior, onde a maioria era do sexo feminino (61%) (INE, 2012).

O rendimento mensal médio do agregado familiar da nossa amostra, para o maior grupo percentual (37,2%) varia entre os 501 e 1.000 euros, correspondendo à maior percentagem da população em estudo. Estes dados correspondem a uma realidade cujos valores são inferiores aos apresentados para Portugal de acordo com o Índice para uma Vida Melhor, realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, em 2016, onde podemos verificar que o rendimento mensal médio disponível líquido das famílias, ajustado *per capita*, é de 19.882 dólares, estando muito longe dos 29.016 dólares de média da OCDE, onde o rendimento subiu 21,2% de 2014 a 2016.

Pela associação desta variável sociodemográfica e a QV, verificamos que o rendimento mensal médio apresenta diferenças estatisticamente significativas na dimensão do estado global de saúde (rô de *Spearman*=0,306; *p*=0,046), indicando que quanto maior é o rendimento mensal do agregado familiar das mulheres, melhor é a sua QV a nível global. Assim, verificamos parcialmente a hipótese levantada. Estes dados corroboram os resultados da dissertação de mestrado de Ferraz (2009) sobre “Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas”, onde verificou que a diminuição da QV das mulheres está relacionada com a alteração da sua atividade laboral, devido à cirurgia, diminuindo o rendimento familiar. Miceli (2006) refere que a QV relacionada com a saúde centra-se na capacidade de o indivíduo viver plenamente, sendo o impacto económico um elemento essencial que contribui para a sua compreensão. Daí a OMS, no seu instrumento de avaliação da QV, incluir no domínio do ambiente, o item recursos financeiros, considerando-o como um elemento significativo para a sua avaliação.

Na pesquisa realizada, não verificamos, contudo, estudos que se debruçassem em particular sobre esta temática. Sugerimos, tal como Meneses, Azuero, Hassey, McNees e Pisu (2012), que em intervenções futuras para doentes em tratamento de cancro se inclua uma discussão sobre o impacto económico da doença e formas de gerir o ónus económico, de forma a poder ajudar a manter ou melhorar QV relacionada com a saúde ao longo do tempo.

Em síntese, face aos resultados obtidos, destacamos a idade, o estado civil e o rendimento mensal médio como as variáveis sociodemográficas que demonstram associação significativa com a QV das mulheres da nossa amostra.

A caracterização clínica efetuada aos elementos da nossa amostra demonstra que 62,8% das mulheres foi submetida a cirurgia mamária com esvaziamento axilar (mais de metade da amostra). As restantes foram submetidas a cirurgia, mas sem necessidade de esvaziamento axilar. Na contextualização teórica do tema, é notório que, embora atualmente surja a corrente defensora da cirurgia conservadora da mama, defendendo-se uma abordagem oncoplástica, a mastectomia com esvaziamento axilar continua a ser o procedimento cirúrgico de excelência para a maioria das doentes, com probabilidade de cura, assumindo-se como uma opção terapêutica frequente no tratamento da doença. Segundo as Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro da mama (CNDO, 2009), a mastectomia deve ser considerada como opção de tratamento na existência de fatores que aumentem o risco de recidiva local. A mesma fonte ressalva que o melhor tratamento deve ter em conta o tamanho e o tipo de tumor, reforçando que a opção terapêutica não tem impacto na sobrevivência global se assegurado o controlo local. Estas recomendações reforçam os resultados do estudo de Oliveira e Silva (2011) onde estes referem que entre 1985-2000 a percentagem de mastectomias baixou de 87% em 1985 para 58% em 2000, e verificou-se que no mesmo período a cirurgia conservadora passou de 30% para 42%. Quer o doente quer o cirurgião são elementos fundamentais na determinação e escolha do tratamento (Temple et al., 2006).

No nosso estudo, verificamos que em todos os domínios da funcionalidade (geral e específica) e dos sintomas (gerais e específicos), as mulheres submetidas a cirurgia com esvaziamento axilar apresentam piores valores nas ordenações médias ($M=62,72$; $M=28,59$; $M=55,56$; $M=29,89$) quando comparadas com as mulheres submetidas a cirurgia sem esvaziamento, revelando, deste modo, pior QV global ($p=0,016$), funcional ($p=0,002$), e pior sintomatologia geral e específica face à doença ($p=0,002$; $p=0,001$), sendo esta relação estatisticamente significativa.

Também aqui encontramos consonância dos nossos dados com a maioria dos estudos consultados. De facto, a disseção axilar provoca maiores sintomas que envolve o membro ipsilateral à cirurgia, com impacto físico na execução das AVDs, provocado pela diminuição da ADM do ombro. Esta limitação gera um maior nível de ansiedade, que contribui para uma pior QV (Aerts, De Vries, van der Steeg & Roukeman, 2011; Góis et al., 2012).

O tratamento adjuvante a que as mulheres do nosso estudo foram submetidas, mostra que 69,8% efetuou mais do que um tratamento. Estes resultados são expectáveis tendo em conta as orientações definidas pela DGS (2013) no tratamento do cancro da mama, pois as características biológicas do tumor, da extensão da doença oncológica e de fatores do doente, definem e condicionam a terapêutica local e sistémica a implementar. Além do tratamento primário/local (cirurgia seguida ou não de radioterapia), o tratamento adjuvante sistémico está recomendado quando se espera uma redução relevante do risco estimado de recorrência e morte com um nível aceitável de efeitos adversos relacionados com o tratamento, e deve ser considerado em função das características biológicas do tumor, estadiamento, comorbilidades e preferências do doente.

Quanto à avaliação da dor, constatamos que 39,5% das mulheres sente dor “algumas vezes” e 27,9% “raras vezes”. Corroboramos Nascimento et al. (2012), ao afirmarem que a dor na região mamária ou membro superior é uma das queixas mais frequentes no período pós-operatório, e está presente não só durante a realização dos exercícios e AVDs, mas também em repouso. Ferreira, Prado, Panobianco, Gozzo e Almeida (2014) reforçam também esta ideia quando afirmam que em 46,7% das mulheres, o início do quadro álgico surge após a cirurgia da mama e para 23,3% após a radioterapia, destacando que em 56,7% das doentes, a sensação dolorosa é diária e para 40% é de carácter constante.

A literatura é unânime quanto às principais causas de dor no tratamento do cancro da mama, considerando-se que os tratamentos cirúrgicos e adjuvantes podem provocar morbilidades do membro superior homolateral à cirurgia, conduzindo a um prejuízo funcional permanente. Acredita-se que a principal causa de alteração sensitiva seja decorrente da lesão total ou parcial do nervo sensitivo intercostobraquial durante o ato cirúrgico (Torresan, Santos, Conde & Brenelli, 2002). Ferreira et al. (2014) complementam esta ideia, afirmando, que os movimentos de empurrar, alcançar e puxar estão relacionados com o aumento da intensidade da dor, uma vez que são bruscos e alongam o membro superior. Segundo os mesmos autores, o desenvolvimento de um quadro mecânico de restrição do movimento do ombro está relacionado com a presença de dor neuropática, que provoca aumento da dor durante a realização destes movimentos. Esta, mesmo quando considerada “leve”, deve merecer particular atenção pois interfere com o desempenho das AVDs, com o bem-estar físico e emocional e QV da mulher (Rett et al., 2012). De facto, na nossa amostra, a dor sentida no dia a dia apresenta uma relação estatisticamente significativa em todos os domínios da QV das mulheres, com correlações negativas significativas ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,002$)

com a QV global e funcional e positivas significativas ($p=0,000$; $p=0,001$) com sintomatologia sentida.

Mendes et al. (2014), no seu estudo sobre a correlação entre a dor e a QV de mulheres pós-tratamento cirúrgico de cancro da mama, mostraram diminuição dos *scores* nos domínios, físico, emocional e doloroso, influenciando negativamente a QV das mulheres, podendo persistir ou aumentar após o tratamento. A mesma fonte refere que as abordagens cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia de cancro de mama provocam impacto considerável sobre a QV das mulheres, principalmente devido aos procedimentos altamente agressivos, que acarretam mudanças psíquicas, físicas e sociais comumente relacionadas à presença de dor.

Concomitantemente ao aumento da intensidade de dor, ocorre aumento da incapacidade funcional, demonstrando pior funcionalidade do membro superior após a radioterapia. Esta terapia neoadjuvante desencadeia fisicamente, lenta reparação cicatricial e acentuada fibrose tecidual, comprometendo substancialmente a função do membro superior. Bezerra et al. (2012, p.325) referem que as atividades que representaram o maior grau de dificuldade e gravidade de dor foram “colocar algo em uma prateleira alta com o braço afetado” e “quando tentou tocar a parte de trás do pescoço com o braço afetado”, respetivamente.

Quanto à força do membro superior do lado homolateral à cirurgia, verificou-se que em 48,9% das mulheres da amostra esta não ocorreu, contudo, 39,5% apresenta força 4, ou seja, combate a gravidade com resistência. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Lahoz, Nyssen, Correia, Garcia e Driusso (2010), que verificaram que a fraqueza muscular é uma das complicações decorrentes da mastectomia radical, intimamente relacionada com procedimento cirúrgico, onde há retirada dos músculos peitoral maior e menor, provocando diminuição significativa da força muscular para os movimentos de flexão, abdução, rotação lateral do ombro no membro superior homolateral à cirurgia. Hayes, Rye, Battistutta, DiSipio, e Newman (2010), também aferiram no seu estudo, perda de força de preensão palmar após procedimento cirúrgico de neoplasia mamária nas doentes avaliadas, mas constataram que esta tende a melhorar com o passar do tempo.

Estes estudos corroboram os resultados obtidos, onde verificamos existir uma relação positiva significativa entre a força do membro superior homolateral à cirurgia e a QV global e funcional, ($p= 0,001$; $p=0,018$; $p=0,014$), assumindo-se que quanto maior é a força do braço melhor é a sua QV.

A avaliação da ADM do ombro foi também incluída com pertinência no nosso estudo. Esta define-se como movimento completo possível de um segmento, mantida pela movimentação periódica desse membro (Kisner & Colby, 2016). Quanto à sua mensuração, verificamos existir diferenças nos valores médios, para os movimentos de adução horizontal, abdução, flexão e extensão entre os dois ombros (homo e contralateral à cirurgia), com perdas de amplitudes no ombro homolateral que variam entre os 10° e 22° em todos os movimentos, sendo mais significativos em particular nos movimentos de abdução e flexão, comparativamente.

De facto, sabemos que o ombro após a cirurgia mamária está sujeito a uma instalação rápida de rigidez e atrofia muscular, quer pela imobilização prolongada associada ao medo, à dor, tipo de cirurgia, tamanho da incisão e complicações inerentes à própria cirurgia (seroma, aderências cicatriciais). A combinação destes fatores conduz à fraqueza de toda a musculatura responsável pelos movimentos do ombro, instalando-se a morbidez física e a impotência funcional do membro. Silva et al. (2004) afirmam que qualquer limitação acima dos 30° na flexão e na abdução do ombro é incompatível com a realização de tarefas diárias e básicas realizadas pela mulher, como pentear o cabelo e abotoar o sutiã. Também Albuquerque, Bezerra, D'Oliveira e Melo (s.d.), no seu estudo sobre a funcionalidade de membros superiores em mulheres após cirurgia de cancro da mama, ao compararem o lado homo e contralateral, verificaram diferenças significativas nos movimentos de flexão, abdução e extensão do ombro, sendo os movimentos de flexão e abdução os mais prejudicados. Petitto et al. (2012), no estudo desenvolvido pela aplicação de um programa de exercícios domiciliários na reabilitação do ombro pós-cirurgia por cancro da mama, ao analisarem as variações da ADM de flexão, abdução e extensão, constataram que os três movimentos avaliados no primeiro dia pós-operatório apresentaram decréscimo nos valores médios, quando comparados à medida base (pré-operatória) e melhoraram gradualmente ao sétimo e 105° dia de pós-operatório, tanto nas mulheres submetidas a mastectomia como a quadrantectomia.

Neste sentido, consideramos pertinente compreender em que medida cada movimento específico do ombro homolateral à cirurgia afeta a QV das mulheres. Pelos dados obtidos na análise inferencial, verificamos existir uma relação estatística significativa entre os movimentos de adução horizontal ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,004$), abdução ($p=0,030$; $p=0,034$; $p=0,046$; $p=0,013$; $p=0,073$) e extensão ($p=0,043$; $p=0,002$; $p=0,000$; $p=0,009$; $p=0,001$) e todas as dimensões da QV, relação que varia positivamente com as dimensões funcionais e negativamente com as dimensões sintomáticas.

O facto de quase dois terços da amostra ter sido submetida a cirurgia com esvaziamento axilar (n=27, 62,79%), é de realçar, de acordo com os diversos estudos consultados, que esta técnica cirúrgica está intimamente relacionada com a perda de ADM e consequente perda de QV. O tipo de cirurgia e a abordagem cirúrgica mais alargada, nomeadamente com o esvaziamento axilar, implica a manipulação dos músculos peitorais (maior e menor) e serrátil anterior, ocorrendo perda generalizada das suas funções, e destabilização da escápula, com prejuízo dos movimentos de flexão e abdução do braço. Verificamos que o lado homolateral é acometido por défice significativo na perda de amplitude e o esvaziamento axilar acentua ainda mais essa perda. Silva et al. (2004), referem que metade das mulheres submetidas a esvaziamento axilar, associada tanto a mastectomia como a quadrantectomia, apresenta limitação de pelo menos um movimento do ombro após 18 meses da cirurgia. Também Aerts et al. (2011), ao avaliarem o impacto físico em relação à execução das AVDs em 89 doentes com esvaziamento axilar, verificaram que, além de apresentarem maiores sintomas no membro homolateral à cirurgia e diminuição da ADM, as maiores taxas de ansiedade e a limitação nas AVDs contribuíram para uma pior QV.

Por outro lado, quando é realizado o esvaziamento axilar durante a cirurgia mamária, ocorre remoção da lâmina celulo adiposa, provocando modificação da cavidade axilar. Este elemento desempenha um importante papel na função articular do ombro, pois trata-se de uma bolsa gordurosa que faz com que todas as estruturas da axila deslizem sobre si sem restrições, favorecendo os vários movimentos (Bregagnol & Dias, 2010; Camargo & Marx, 2000).

Neste sentido, verifica-se que os movimentos da articulação do ombro estão reduzidos por estarem associados à remoção de estruturas da cavidade axilar, o que promove a modificação da biomecânica do complexo articular. Outras causas associadas a estas alterações estão relacionadas com a lesão do nervo torácico longo, espasmos da musculatura escapular ou por fibroses subcutâneas induzidas pela radioterapia, levando ao desenvolvimento de aderências e dificuldades na movimentação dessa articulação.

Gouveia, Gonzalez, Grer, Fernandes e Lima (2008), reforçam esta ideia ao referirem que sendo a mastectomia radical modificada uma cirurgia invasiva, as doentes avaliadas apresentam, além da redução de ADM do membro superior, comprometimento da força dos músculos do lado acometido. A reabilitação atempada nestes casos torna-se fundamental.

A reabilitação após a cirurgia ainda não é uma prática comum, pois verificamos que mais de dois terços da amostra (77,7%) não efetuaram qualquer reabilitação. Das que realizaram planos de reabilitação, a maioria (80%) achou que estes planos contribuíram em muito para a sua recuperação após cirurgia. Estes dados validam outras investigações que demonstram que o processo de reabilitação deve ser instituído o mais precocemente possível, aplicando exercícios que restabeleçam a capacidade funcional da mulher para dar resposta às suas necessidades reais. Camargo (2000), cit. por Costa (2011), considera que a reeducação da cintura escapular e do membro superior assume-se como uma necessidade básica no pós-operatório de qualquer mastectomia, independentemente da técnica utilizada. Contudo, pela análise inferencial realizada não verificamos relação desta variável com nenhuma das dimensões da QV. Para tal facto, atribuímos a baixa percentagem de mulheres que realizou reabilitação após a cirurgia, não tendo número significativo de elementos na amostra que nos permita fazer uma análise mais aprofundada.

Relativamente à caracterização da amostra face à incapacidade do braço, ombro e mão, consideramos significativo realçar que 34,89% das mulheres apresenta incapacidade elevada, cuja percentagem se torna significativa no seu conjunto. Segundo Hayes, Battistutta e Newman (2005), a otimização da função do membro superior é essencial para manter uma vida independente, realizar AVDs, retomar o trabalho, realizar tarefas que exijam força física e para uma boa QV no geral. Como tal, as alterações da função do membro superior podem impor sofrimento físico e psicossocial na vida da mulher pós-cirurgia de cancro da mama. Os mesmos autores referem que as mulheres com cancro da mama, após um ano de tratamento cirúrgico, 16% a 43% tende a desenvolver alterações do membro superior, edema, dor, diminuição da força e flexibilidade.

O aumento da incapacidade traduz-se numa pior funcionalidade e numa maior sintomatologia, tal como pudemos verificar na nossa amostra quando relacionamos a DASH com a QV. Constatamos uma relação altamente significativa ($<0,001$) entre a incapacidade do braço, ombro e mão e a QV em todas as suas dimensões ($p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$; $p=0,000$), e assumimos que quanto maior é a incapacidade pior é a QV das mulheres do nosso estudo.

O DASH é um instrumento amplamente utilizado nas pesquisas da funcionalidade dos membros superiores, e a pertinência de relacionar o seu resultado com a QV traduz-se no reconhecimento do impacto do défice apresentado e na incapacidade gerada, nomeadamente ao nível das AVDs, atividades sociais, dificuldade em dormir e alterações psicológicas, itens

incluídos na aplicação da escala. Albuquerque et al. (s.d.) apresentam resultados semelhantes no seu estudo, identificando variáveis que influenciam negativamente a funcionalidade do membro superior, como a preensão palmar (quanto menor é a força maior é a DASH), a dor, as alterações sensitivas e a limitação da ADM (quanto maior é a limitação pior é a funcionalidade), concluindo que as técnicas cirúrgicas utilizadas se associam a uma elevada prevalência de complicações no membro superior homolateral à cirurgia, gerando redução da funcionalidade dos membros superiores.

As alterações da funcionalidade do ombro interferem diretamente na QV das mulheres submetidas a cirurgia mamária, nomeadamente pelo aparecimento de complicações como é o caso da dor ou linfedema (Nascimento et al., 2012).

Sobre a caracterização psicossocial da amostra, destacamos o facto de 30,2% de mulheres não ter filhos, muito próximo da percentagem de mulheres com dois filhos (34,9%), que se constitui como o grupo com maior representatividade. A nuliparidade, o reduzido número de gestações ou uma primeira gestação tardia constituem-se como um dos fatores não modificáveis que aumentam o risco de desenvolver cancro da mama, verificando-se que cada aumento de cinco anos na idade da primeira gravidez aumenta o risco de cancro da mama em 13% (Lambe et al., 1996; Thuler, 2003).

Outro aspeto a ter em conta é o facto de a nuliparidade impedir a lactação, que é considerado por muitos autores como um fator de proteção no desenvolvimento da neoplasia mamária. Lord et al. (2008), investigaram a associação entre as variáveis “idade na primeira gestação”, “paridade”, “amamentação” e “risco de cancro da mama”, e constataram que a lactação pode exercer um papel protetor independente de outros fatores.

O efeito protetor da amamentação pode estar associado à diferenciação completa das células mamárias e ao menor tempo de exposição à ação de hormonas sexuais, que se encontram diminuídos durante a amenorreia induzida pela lactação. Além disso, a intensa esfoliação do tecido mamário e a apoptose maciça de células epiteliais, decorrentes da amamentação, podem reduzir o risco de cancro de mama por meio da eliminação de células que tenham sofrido algum dano potencial no DNA (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 2007).

A forma como as mulheres sentem o apoio familiar e percecionam a sua funcionalidade, são fatores importantes na determinação da sua QV. No caso concreto do nosso estudo, verificamos um valor médio de funcionalidade familiar de 7,84 (Dp=2,37), que corresponde,

na sua maioria, a famílias “altamente funcionais”, e 68,7% das mulheres referiu ter sentido “sempre” apoio da família.

Na vivência da doença por um dos membros, toda a família é atingida direta ou indiretamente, tendo, por vezes, de assumir um papel de coterapeuta. E, muitas vezes, é através dela que se obtêm determinadas informações relevantes no processo de doença/adaptação da doente.

Remondes-Costa, Jimenéz e Pais-Ribeiro (2012), no seu estudo desenvolvido em mulheres trasmontanas para conhecerem e compreenderem que acontecimentos significativos de vida decorrem, na perspetiva das doentes, ao adoecerem de cancro da mama, e de que forma são vivenciados, observaram que:

...de uma forma geral, o cancro da mama afecta as dimensões familiar, profissional/ocupacional e social do ciclo da vida das doentes trasmontanas. Apesar do sofrimento ao longo da trajectória de doença, o cancro da mama desencadeou mudanças positivas no seio familiar e no sentimento de família. A manifestação de preocupação, apoio, aproximação e união familiares e melhoria do relacionamento conjugal são percebidos pelas doentes como sinal de estima, e fonte satisfatória de suporte social, tão importante no ajustamento psicossocial ao processo de doença, no cancro da mama. (p.247)

Embora no nosso estudo não tenhamos verificado nenhuma relação entre as variáveis psicossociais e a QV em nenhuma das suas dimensões, podemos afirmar que a doença oncológica tem um impacto negativo em toda a família, obrigando-a a redefinir os papéis dos diversos elementos bem como o seu funcionamento. Aspetos como a coesão familiar, o estado da doença, o papel da doente na família e o *status* social e económico são fatores que condicionam a forma como cada família reage à doença, interferindo negativamente na QV e no seu seio familiar.

Nesta fase de análise crítica, e face aos resultados obtidos no estudo, é pertinente constatar a necessidade de se adequar as intervenções dos profissionais de enfermagem de reabilitação junto das mulheres mastectomizadas. No decorrer do estudo, verificamos que as alterações na vida da mulher são significativas nas diversas dimensões, e a abordagem deverá ser global, no sentido das intervenções desenvolvidas contribuírem ativamente para o processo de transição e adaptação da mulher e da família à sua nova condição. A perda de funcionalidade, associada à morbilidade física e emocional, provoca perdas significativas na QV, constituindo-se o campo de ação dos enfermeiros de reabilitação. A literatura é unânime quanto à pertinência de programas de reabilitação estabelecidos desde o momento do diagnóstico até ao delinear do projeto terapêutico para a mulher. O ato cirúrgico e as terapias

adjuvantes, nomeadamente a radioterapia, provocam sequelas bastante lesivas e provocam limitações, muitas vezes irreversíveis durante todo o processo de tratamento do cancro da mama.

4ª PARTE
CONCLUSÕES

Conhecer a percepção da mulher adulta sobre a sua QV após mastectomia, bem como identificar associações entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e biopsicossociais e a QV apresentada por essas mesmas mulheres, permite aos enfermeiros, em particular, aos enfermeiros de reabilitação, dimensionar as reais necessidades deste grupo, refletindo-se assim sobre o impacto do desenvolvimento das suas competências especializadas na sua QV.

Atualmente, as diversas opções de tratamento que englobam a abordagem cirúrgica e o tratamento loco-regional e sistémico direcionado à patologia, acarretam sequelas e morbidades de natureza física e emocional, na sua maioria de cariz irreversível e permanente com impacto direto na QV destas mulheres. Assim, uma abordagem que inclua um planeamento sistemático e estruturado de acordo com as necessidades apresentadas pelas mulheres submetidas a mastectomia, poder-se-á tornar uma mais-valia em diferentes áreas, como o afirmar do enfermeiro na equipa multidisciplinar, mas principalmente, pelo seu contributo na melhoria da QV destas mulheres.

Este estudo empírico, foi realizado com uma amostra constituída por 43 mulheres submetidas a cirurgia mamária. Apresentavam uma média de idades de 49,6 anos (desvio padrão 9,50), casadas na sua maioria (74,4%), a residir em meio urbano (55,8%), detentoras de curso superior e com um rendimento mensal médio que variava entre 501 e 1.000 euros mensais (37,2%).

Em termos clínicos, constatou-se que 62,8% destas mulheres foi submetida a cirurgia mamária com esvaziamento axilar e que 69,8% realizou mais que um tratamento adjuvante. A maioria das mulheres (39,5%) referiu sentir dor “algumas vezes” e não apresentava alterações da força do membro superior homolateral à cirurgia (48,9%). Quanto à ADM dos ombros homo e contralateral à cirurgia, comparativamente, existe uma perda entre 10º e 22º nos movimentos de adução horizontal, abdução, flexão e extensão. Apesar dos resultados descritos, concluímos que a maioria das mulheres não realizou qualquer programa de reabilitação pós-cirurgia (77,7%).

Relativamente ao perfil familiar encontrado nas mulheres mastectomizadas da nossa amostra, verificamos que, na sua maioria, são mulheres com dois filhos (34,9%), sentem que possuem “sempre” apoio da família (37,4%), e ao classificar a funcionalidade da sua família consideram que esta é “altamente funcional” (72,1%).

Perspetiva igualmente positivas apresentam também na QV, pois constata-se que a amostra evidencia uma “boa” QV na generalidade (58,13), com uma moderada funcionalidade

e baixa sintomatologia, contudo, a incapacidade do braço, ombro e mão está mais presente, evidenciando uma incapacidade moderada (47,07).

Neste enquadramento e após a análise da associação entre as variáveis do estudo, constatou-se a existência de algumas relações significativas:

A idade e a QV das mulheres estão associadas, verificando-se que quanto maior a idade melhor é a sua QV em termos funcionais, não havendo, contudo, relação significativa com o estado global de saúde e com a sintomatologia, aceitando-se parcialmente a hipótese formulada.

Observamos, também, que o estado civil e a QV se relacionavam, constatando-se que as mulheres que viviam “com companheiro” apresentavam melhor QV nas dimensões relativas à funcionalidade geral e específica.

Do mesmo modo, o rendimento mensal e a QV, em que a um maior rendimento mensal médio do agregado familiar corresponde a uma melhor QV ao nível do estado global de saúde.

O tipo de cirurgia adotado parece influir na QV das mulheres submetidas a cirurgia mamária, sendo que aquelas que eram sujeitas a cirurgia com esvaziamento axilar apresentavam pior QV (global, funcional e sintomática).

A dor também está associada a uma má QV, dado que quanto mais frequente é a dor sentida no dia a dia, pior é a QV apresentada por estas participantes.

Um outro aspeto importante prende-se com a força do membro superior do lado operado e a QV, assumindo-se que quanto maior é a força do membro superior do lado operado, melhor é a QV global e funcional.

Similarmente, a ADM do ombro do lado operado e a QV estão associados, uma vez que a uma maior ADM na adução horizontal, abdução e extensão corresponde uma melhor QV em todas as suas dimensões.

Também a incapacidade do braço, ombro e mão e a QV, em que quanto maior é a incapacidade do braço, ombro e mão pior é a QV em todas as suas dimensões.

Concluimos que as variáveis de natureza sociodemográfica (idade, estado civil e rendimento mensal médio) e clínica (tipo de cirurgia, dor, força e ADM do ombro do lado operado) são para as mulheres submetidas a cirurgia mamária da nossa amostra, as determinantes significativas na sua QV, que se traduzem, em termos globais, na perda de

funcionalidade e presença de incapacidades principalmente no membro superior homolateral à cirurgia, com impacto significativo em termos físico funcionais.

Pela revisão da literatura efetuada, eram expectáveis os resultados obtidos, contudo, houve necessidade de fazermos um reconhecimento das determinantes geradoras de maior perda na QV das mulheres para, nesta fase de conclusão, emergirem outros desafios, onde a enfermagem de reabilitação deverá dar o seu contributo. O desenvolvimento de um plano de intervenção de reabilitação, face às alterações apresentadas pelas mulheres mastectomizadas, é um projeto a considerar no futuro para o centro hospitalar.

Na perspetiva não só da recuperação do cancro mas também na reabilitação físico-funcional da mulher operada, o enfermeiro confronta-se com um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas, passíveis de intervir, desde a mais precoce recuperação funcional até à profilaxia de morbilidades. A sua intervenção especializada e diferenciada promove a diminuição do tempo de recuperação, promovendo o retorno mais rápido às atividades quotidianas e ocupacionais, colaborando com a sua reintegração à sociedade, sem limitações funcionais e recuperação da QV.

A literatura é unânime quanto à pertinência de programas de reabilitação estabelecidos desde o momento do diagnóstico até ao delinear do projeto terapêutico para a mulher. E as conclusões desta investigação, mais uma vez o evidenciam. O ato cirúrgico e as terapias adjuvantes provocam sequelas bastante lesivas e limitações muitas vezes irreversíveis durante todo o processo de tratamento do cancro da mama. É da responsabilidade da enfermagem de reabilitação, em colaboração com a restante equipa multidisciplinar, promover a autonomia e minimizar a incapacidade da pessoa doente.

Face ao exposto anteriormente, consideramos pertinente, nesta fase, propor a implementação de um programa de reabilitação aplicado a todas as mulheres diagnosticadas com cancro de mama submetidas a cirurgia mamária. Este programa de exercícios de reabilitação deverá englobar intervenções pré-operatórias e pós-operatórias e, posteriormente, o seu acompanhamento em contexto de ambulatório, com visita domiciliária programada e durante um período não inferior a três meses. Deverá incluir, também, a monitorização e otimização das intervenções delineadas, e ajustamentos necessários de acordo com a evolução da mulher no seu processo de transição, prevenindo e minimizando possíveis complicações que possam advir de todo o processo.

Assim sendo, a nossa intervenção teria início aquando da admissão da doente no serviço de cirurgia, em contexto pré-operatório, com o objetivo de conhecermos alterações prévias, verificar a existência de fatores de risco para o pós-operatório e desenvolvermos de imediato intervenções relativas à reabilitação respiratória e músculo-esquelética do membro superior homolateral à cirurgia, otimizando-o. Concomitantemente a esta abordagem, é o momento para transmissão de informação e orientação das mulheres sobre as causas do cancro da mama, o seu tratamento e suas implicações no quotidiano, com fornecimento de um guia de informação que integre as orientações sobre os cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia (manter a pele do membro homolateral sempre limpa e seca, evitar o calor e a exposição excessiva ao sol, utilizar de forma moderada o membro homolateral evitando carga de objetos pesados e movimentos repetitivos, não expor o membro a golpes por utensílios de cozinha, jardinagem, queimaduras) e informação sobre os exercícios a serem realizados no domicílio.

No pós-operatório imediato (após 24 horas):

- Posicionamentos no leito contralateral à cirurgia, e colocação do membro superior com elevação de $+30^\circ$, com o apoio de almofadas, não havendo de necessidade de mantê-lo em posição de drenagem constante;

- Exercícios de relaxamento e alongamento da região cervical e cintura escapular (para o alívio da dor e da contração muscular);

- Exercícios isométricos para estimulação da perfusão tecidual e prevenção do edema;

- Exercícios ativo-assistidos de baixa amplitude com os membros superiores (flexão, abdução e rotação do ombro);

- Reabilitação funcional respiratória (aberturas costais tendo em consideração a baixa ADM articular).

2º dia de pós-operatório até 15 dias pós-cirurgia:

- Exercícios ativos assistidos e ativos com ADM do ombro restrita a 90° , através da abdução com o membro superior estendido ou a 90° de flexão anterior. Esta limitação articular relaciona-se com a presença de drenos e com a ferida cirúrgica, que se deverá manter até 15 pós-cirurgia;

- Correção postural durante a deambulação;

- Reabilitação funcional respiratória (aberturas costais tendo em consideração a baixa ADM articular).

Pós-operatório tardio (dos 15 dias até 6 meses pós-cirúrgicos):

- Manutenção dos exercícios da fase anterior, com aumento gradual da amplitude, força e resistência, com exercícios ativos e ativos-resistidos com baixa carga, nos membros superiores;

- Fomentar a realização das atividades de autocuidado (como pentear-se, lavar os dentes, abotoar uma blusa), com o intuito de promover a restauração da função do braço, proporcionando a sensação de normalidade para a doente.

Consideramos ter-se constituído mais um campo de ação/intervenção para os enfermeiros de reabilitação desta unidade, e numa perspetiva reflexiva e construtiva partilhamos dos propósitos da investigação na sua estreita relação com as instituições de saúde, com o objetivo de trazer os contributos da investigação para a melhoria dos cuidados prestados, com reflexo numa melhor QV da mulher mastectomizada. Em termos institucionais, a possibilidade de este tipo de programa poder diminuir complicações reflete-se diretamente em menores dias de internamento e/ou em reinternamentos posteriores, tornando-se efetivamente válida uma nova proposta de investigação num contexto de atuação direta do enfermeiro, promovendo ganhos de saúde efetivos com reflexo na QV das mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aerts, P. D. M., De Vries, J., Van der Steeg, A. F. W., & Roukema, J. A. (2011). The relationship between morbidity after axillary surgery and long-term quality of life in breast cancer patients: The role of anxiety. *European Journal of Surgical Oncology*, 37(4), 344-349. doi:10.1016/j.ejso.2011.01.016
- Albuquerque, V. T., Bezerra, L. M. A., D'Oliveira, G. D. F., & Melo, G. F. (s.d.). *Funcionalidade de membros superiores em mulheres após cirurgia para câncer de mama*. Recuperado de <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Funcionalidade%20de%20membros%20superiores%20em%20mulheres%20ap%C3%B3s%20cirurgia%20para%20c%C3%A2ncer%20de%20mama.pdf>
- Almeida, R. A. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da SBPH*, 9(2), 99-113. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf>
- Alves, P. C., Barbosa, I. C. F. J., Caetano, J. A., & Fernandes, A. F. C. (2011). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: Revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 732-737.
- Amaral, A. V., Melo, R. M. M., Santos, N. O., Lôbo, R. C. M. M., Benute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. (2009). Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: As marcas de uma nova identidade impressa no corpo. *Psicologia Hospitalar*, 7 (2), 36-54.
- American Cancer Society. (2016). *What is breast cancer?*. Recuperado de <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-what-is-breast-cancer>
- Amorim, C. M. B. F. (2007). *Doença oncológica da mama: Vivências de mulheres mastectomizadas*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel, Universidade do Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.pdf>
- André, S. (2015). Caracterização e classificação de subtipos de cancro da mama. In F. Cardoso (Coord.), *100 perguntas chave no cancro da mama* (Cap. 1, pp. 1-6). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Anticancer Fund. (2013). *Cancro da mama: Um guia para o doente. Informações baseadas na prática clínica da ESMO*. Recuperado de <http://www.esmo.org/content/download/10971/211105/file/esmo-acf-cancro-damama-um-guia-para-o-doente.pdf>
- Arndt, V., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2008). Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: A population-based study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 134(12), 1311-1318. doi: 10.1007/s00432-008-0418-y
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2011). *Linhas de consenso seroma da mama*. Lisboa: Autor.

- Associação Médica Brasileira. (2012). *Diretrizes cancro da mama: Reabilitação Projeto Diretrizes*. Recuperado de http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/cancer_de_mama_reabilitacao.pdf
- Avis, N., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (1989). Avaliação do relacionamento do idoso com a família em medicina familiar. *Geriatrics*, 2(20), 24-29.
- Barbosa, J. A. N., Amorim, M. H. C., Zandonade, E., & Delapran, M. L. (2013). Avaliação da postura corporal em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(5), 215-220.
- Barrio, S., Molinuelo, J., Durana, A., López, F., & Carballo, R. (2012). Câncer de mama y ejercicio físico: Estudio piloto. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 5(4), 134-139. Recuperado de http://oa.upm.es/16793/2/INVE_MEM_2012_137303.pdf
- Barros, V., Panobianco, M., Almeida, A., & Guirro, E. (2013). Linfedema pós-mastectomia: Um protocolo de tratamento. *Fisioterapia e Pesquisa*, 20(2), 178-183. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n2/13.pdf>
- Batiston, A. P., & Santiago, S. M. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12(3), 30-34.
- Bergmann, A. Matos, I. E., Koifman, R. J., & Koifman, S. (2000). Morbidade após o tratamento por câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, 1(2).
- Bergmann, A., Ribeiro, M. J. P., Pedrosa, E., Nogueira, E. A., & Oliveira, A. C. G. (2006). Fisioterapia em mastologia oncológica: Rotinas do Hospital do Câncer III/ INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 97-109.
- Bezerra, T. S., Rett, M. T., Mendonça, A. C. R., Santos, D. E. S., Prado, V. M., & DeSantana, J. M. (2012). Hipoestesia, dor e incapacidade no membro superior após radioterapia adjuvante no tratamento para câncer de mama. *Revista da Dor*, 13 (4), 320-326. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000400003>
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boisán, N., T., Leal, S., & García-Lopez, J. (2010). Influencia de la practica de atividade física en la calidad de vida y la movilidad del hombro de muleres operadas de câncer de mama. *Fisioterapia: Revista de Salud, Discapacidad y Terapêutica Física*, 32(5), 200-207.
- Bregagnol, R. K., & Dias, A. S. (2010). Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(1), 25-33. Recuperado de http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/05_artigo_alteracoes_funcionais_linfadenectomia.pdf
- Bruges, M. L. B. M. P. (2006). *Mastectomia e autoconceito*. Loures: Lusociência.

- Buckley, L. L., & Schub, T. (2012). *Breast cancer: Treatment with surgery*. Cinahl Information Systems (Glendale, California), 2012 Jul 20 (2p). Recuperado de <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5625697c-13a5-4bdd-a1a3-68e4ea85a046%40sessionmgr113&vid=7&hid=102>
- Camargo, M. C., & Marx, A. G. (2000). *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca.
- Camões, M. J. L. F. (2014). *A mulher mastectomizada: O enfermeiro de reabilitação na promoção do auto-cuidado*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações da WHOQOL. *Alicerces*, 3 (3), 243-268.
- Cardoso, J. (2006). (In)Capacidade, género e sexualidade. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 169-185). Coimbra: Quarteto.
- Cardoso, M. J., & Comba, A. S. (2010). Cirurgia oncoplastica da mama. In C. F. de Oliveira (Coord.), *Manual de ginecologia* (Vol. 2, cap. 52, pp. 587-600). Lisboa: Permanyer.
- Casla Barrio, S., Sampedro Molinuelo, J., Díaz de Durana, A. L., Coterón López, F. J., & Barakat Carballo, R. O. (2012). Câncer de mama y ejercicio físico: Estudio piloto. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 5(4), 134-139.
- Chang, C., & Cormier, J. (2013). Lymphedema intervention: Exercise, surgery and compression devices. *Seminar on Oncology Nursing*, 29, 28-40.
- Colás Bravo, M^a P., & Buendia Eisman, L. (1998). *Investigación educativa* (3a ed.). Sevilla: Ediciones Alfar.
- Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas. (2009). *Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do cancro da mama*. Lisboa: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/.../recomendacoes-nacionais-para-diagnostico-e-tratamento-do-can>.
- Costa, I. M. M. (2011). *Mulheres mastectomizadas. Acesso à informação e aprendizagem de capacidades*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Crosbie, J., Kilbreath, S. L., Dylke, E., Refshauge, K. M., Nicholson, L. L., Beith, J. M., ... White, K. (2010). Effects of mastectomy on shoulder and spine kinematics during bilateral upper-limb movement. *Phys Ther.*, 90(5), 679-692. doi: 10.2522/ptj.20090104
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 023/2013: Carcinoma da mama: Tratamento adjuvante*. Lisboa: Autor.
- Duarte, I. (2013). *Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Estudo exploratório com 55 mulheres angolanas*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia e Administração, Lisboa.

- European Organization for Research and Treatment of Cancer. (2001b). *EORTC QLQ-C30 scoring manual*. Recuperado de <http://www.eortc.be/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
- European Organization for Research and Treatment of Cancer. (2001a). *EORTC QLQ-C30*. Recuperado de <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30>
- Fernandes, A. F. C., & Mamede, M. V. (2003). *Câncer de mama: Mulheres que sobreviveram*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: O papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9809/1/tese%20final.pdf>
- Ferraz, A. M. N. (2009). *Avaliação da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15929/000690879.pdf>
- Ferreira, P. C., Neves, N. M., Correa, R. D., Barbosa, S. D., Paim, C., Gomes, N. F., Cassali, G. D. (2005). Educação e assistência fisioterapêuticas às pacientes pós-cirurgia do câncer da mama. In *Anais do 8º Encontro de Extensão da UTMG*, Belo Horizonte.
- Ferreira, V. T. K., Prado, M. A. S., Panobianco, M. S., Gozzo, T. A., & Almeida, A. M. (2014). Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(1), 107-111.
- Fleck, M. P. A. (2008). *Avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Góis, M. C., Furtado, P. R., Ribeiro, S. O., Lisboa, L. L., Viana, E. S. R., & Cabral, M. T. A. B. (2012). Amplitude de movimento e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. *Revista de Ciências Médicas*, 21 (1-6), 111-118.
- Gouveia, P. F., Gonzalez, E. O., Greer, P. A., Fernandes, C. A., & Lima, M. C. (2008). Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. *Fisioterapia e Pesquisa*, 15 (2), 172-176. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fp/v15n2/10.pdf>
- Greene, W. H., & Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana.

- Hayes, S. C., Rye, S., Battistutta, D., DiSipio, T., & Newman, B. (2010). Upper-body morbidity following breast cancer treatment is common, may persist longer-term and adversely influences quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 92.
- Hayes, S., Battistutta, D., & Newman, B. (2005). Objective and subjective upper body function six months following diagnosis of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 94(1), 1-10. doi:10.1007/s10549-005-5991-z
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holland, J. C., & Mastrovito, R. (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46(4), 1045-1052.
- Hopwood, P., Haviland, J., Mills, J., Sumo, G., & Bliss, J. (2007). The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial. *The Breast*, 16(3), 241-251. doi: 10.1016/j.breast.2006.11.003
- Howard-Anderson, J., Ganz, P., Bower, J., & Stanton, A. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: A systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 386-405. doi: 10.1093/jnci/djr541
- Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D, Pinto-Neto, A. M., & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-67.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011, resultados definitivos: Portugal*. Lisboa: Autor.
- International Agency for Research on Cancer. (2012a). *Cancer fact sheets: Breast cancer*. Retirado de <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=15&type=0&sex=2>
- International Agency for Research on Cancer. (2012b). *GLOBOCAN, 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/>
- Jammal, M. P., Machado, A. R. M., & Rodrigues, L. R. (2008). Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *O Mundo da Saúde*, 32(4), 506-510.
- Kelsey, J. L., & Horm-Ross, P. L. (1993). Breast cancer: Magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 15(1), 7-16.
- Kenny, P., King, M. T., Shiell, A., Seymour, J., Hall, J., Langlands, A., & Boyages, J. (2000). Early stage breast cancer: Costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *The Breast*, 9(1), 37-44. doi:10.1054/brst.1999.0111

- Kisner, C., & Colby, L. A. (2016). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (6a ed.). São Paulo: Manole.
- Kornblith, A. B. (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. Holland (Ed.), *PsychoOncology* (pp. 223-254). New York: Oxford University Press.
- Laço. (2013). *Oncologia e cancro da mama em Portugal*. Recuperado de www.Laço.pt/cancromama/estatísticas
- Lahoz, M. A., Nyssen, S. M., Correia, G. N., Garcia, A. P. U., & Driusso. (2010). Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(4), 423-430.
- Lambe, M., Hsieh, C. C., Chan, H. W., Ekblom, A., Trichopoulos, D., & Adami, H. O. (1996). Parity, age at first and last birth, and risk of breast cancer: A population-based study in Sweden. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38(3), 305-311.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2011). *Câncer de mama*. Recuperado de <https://www.ligacontracancro.pt/pesquisa/resultados/tag/cancro+da+mama/>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2015a). *Cancro da mama: Tratamentos*. Recuperado de <http://ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=175>
- Liga Portuguesa contra o Cancro. (2015b). *Conteúdos associados à TAG: Cancro da mama*. Recuperado de <https://www.ligacontracancro.pt/pesquisa/resultados/tag/cancro+da+mama/>
- Lord, S. J., Bernstein, L., Johnson, K. A., Malone, K. E., McDonald, J. A., Marchbanks, P. A., ... Ursin, G. (2008). Breast cancer risk and hormone receptor status in older women by parity, age at first birth, and breastfeeding: A casecontrol study. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*, 17(7), 1723-1730. doi:10.1158/1055-9965.EPI-07-2824
- Luz, M. H. B. (2001). *A dimensão cotidiana da pessoa ostomizada: Um estudo de enfermagem no referencial de Martin Heidegger*. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN.
- Luz, N. D., & Lima, A. C. G. (2011). Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: Uma revisão da literatura. *Fisioter Mov*, 24(1), 191-200.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58. Recuperado de <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/aval-quali-vida-pos-cancer-de-mama.pdf>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (1996). *Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados* (3a ed. rev. e ampl.). São Paulo: Atlas.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2007). *Metodologia do trabalho científico* (5a ed.). São Paulo: Atlas.

- Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of International Medical Research*, 37(1), 182-8, 2009. doi: 10.1177/147323000903700122
- Marques, T. S., & Okazaki, E. L. F. J. (2012). Estudos sobre a mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem. *Revista Enfermagem Unisa*, 13(1), 53-58.
- Martins, M. F. S. V. (2004). Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro? In *Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 7, Coimbra*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Matos, P., & Pereira, M. G. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. G. Pereira & C. Lopes, *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing: Development and progress* (3rd ed. rev. rep.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, I. S., Freitas, S. T. T., Souza, G. C., Reis, M. C. R., Souza, D. Q., Lima, F. P. S., ... Lima, M. O. (2014). Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama. *O Mundo da Saúde*, 38(2), 189-196.
- Meneses, K., Azuero, A., Hassey, L., McNees, P, & Pisu, M. (2012). Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors?. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 437-443. doi:10.1016/j.ygyno.2011.11.038
- Merêncio, K. M. (2016). *As vivências da mulher mastectomizada no domicílio*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Miceli, A. V. P. (2006). Aspectos psicológicos do paciente com câncer. In E.L.R. Mello & C.E.R. Santos, *Manual de cirurgia oncológica*. São Paulo: Tecmedd Editora.
- Miranda, N., & Portugal, C. (2016). *Avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional de Portugal: Relatório de 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15603/1/d217357.pdf>
- Moser, E. C., & Pereira, H. (2015). Impacto da radioterapia no tratamento do cancro da mama precoce e metastático. In F. Cardoso (Coord.), *100 perguntas chave no cancro da mama* (Cap. 4, pp. 21-28). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Nascimento, S. L., Oliveira, R. R., Oliveira, M. M. F., & Amaral, M. T. P. (2012). Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: Estudo retrospectivo. *Fisioter Pesq.*, 19(3), 248-255.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *Linhas de orientação para doentes: Cancro da mama, versão 2*.

- Nesvold, I.-L., Dahl, A. A., Løkkevik, E., Mengshoel, A. M., & Fosså, S. D. (2008). Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. *Acta Oncológica*, 47, 835-842.
- Netto, C., Zanon, D., & Colodete, R. (2010). Terapia manual em mastectomizadas: Uma revisão bibliográfica. *PerspectivasOnLine*, 4(15), 123-135. Recuperado de file:///C:/Users/User/Downloads/450-1275-1-PB.pdf
- Nogueira, P. V. G., Guirro, E. C. O., & Palauro, V. A. (2005). Efeitos da facilitação neuromuscular propioceptiva na performance funcional de mulheres mastectomizadas. *Fisioterapia Brasileira*, 6 (1), 28-35.
- Nunnally, J.(1978). *Physiometrics theory*. New York. MacGraw-Hill.
- Oliveira, C. F., & Silva, T. S. (2011). Carcinoma invasivo da mama: Do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. In *Manual de ginecologia* (Vol. 2, cap. 37, pp. 247-288). Lisboa: Ed. Permanyer.
- Oliveira, I. M. S. (2004). *Vivências da mulher mastectomizada: Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Autor.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2016). *Portugal: Como vai a vida?*. Recuperado de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt/paises/portugal-pt/>
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Pacheco, M. N., Detoni Filho, A., & Melo, D. A. S. (2011). Fisioterapia para o tratamento de linfedema no pós-operatório de mastectomia: Revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 13(4), 4-7. Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewArticle/5572>
- Panobianco, M. S., & Mamede, M. V. (2002). Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 544-551.
- Panobianco, M. S., Sampaio, B. A. L., Caetano, E. A., Inocenti, A., & Gozzo, T. A. (2010). Comparação da cicatrização pós-mastectomia entre mulheres portadoras e não-portadoras de diabetes mellitus. *Revista Rene*, 11 (Nº Esp.), 15-22.
- Payne, D. K., Sullivan, M. D. & Missie, M. J. (1996). Women`s psychological reactions to breast cancer. *Seminars in Oncology*, 23 (1 suppl. 2), 89-97.
- Perry, S., Kowalski, T., & Chang, C. (2007). Quality of life assesement in women with breast cancer: Benefits, acceptability and utilization. *Health anda quality of life Outcomes*, 5(1), 24.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Petito, E. L., & Gutiérrez, M. G. R. (2008). Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(3), 275-287.
- Petito, E. L., Nazário, A. C. P., Martinelli, S. E., Facina, G., & Gutiérrez, M. G. R. (2012). Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1).
- Pimentel, F. L. (2003). *Qualidade de vida no doente oncológico*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pinto, D., Gouveia, P., & Cardoso, M. J. (2015). Tratamento cirúrgico do cancro da mama. In F. Cardoso (Coord.), *100 perguntas chave no cancro da mama* (Cap. 3, pp. 15-19). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2a ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, W. S. R., Sousa, F. S., Santos, T. R., Silva, W. R. Jr., França, I. S. X., & Figueiredo, G. C. A. L. (2012). Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 30(3), 241-248.
- Rangel, J. C., Fernandes, M. B., & Carolino, E. (2015). Complicações músculo-esqueléticas crônicas nas mulheres sobreviventes de cancro da mama. *Saúde & Tecnologia*, 13, 21-26.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 13-32.
- Regateiro, F. J. (2004). *Enfermagem em oncologia*. Coimbra: Formasau.
- Registo Oncológico Regional do Sul. (2012). *Registo oncológico nacional de todos os tumores malignos na população residente em Portugal em 2006*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Dr. Francisco Gentil.
- Remondes-Costa, S., Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. (2012). Depois do cancro da mama: Acontecimentos significativos no ciclo de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 238-251. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a08.pdf>
- Remondes-Costa, S., Jimenez, F., & Ribeiro, L. P. (2011). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama trasmontanas. In *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 268-275). Lisboa, 25 a 27 de julho.
- Rett, M. T., Mesquita, P. J., Mendonça, A. R. C., Moura, D. P., & DeSantana, J. M. (2012). A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Revista Dor*, 13(3), 201-207.

- Rezende, L. F., Franco, R. L., Rezende, M. F., Beletti, P. O., Morais, S. S., & Gurgel, M. S. (2006). Two exercise schemes in postoperative breast cancer: Comparison of effects on shoulder movement and lymphatic disturbance. *Tumori*, 92(1), 55-61.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá, *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ricks, D. M. S. (Ed.). (2005). *Breast cancer basics and beyond*. Alameda CA: Hunter House Publishers.
- Rogenski, N. M. B., Baptista, C. M. C., & Rogenski, K. E. (1999). Autoirrigação: Avaliação de resultados. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 33 (nº esp.), 50-54.
- Sales, C. A., Paiva, L., Scandiuzzi, D., & Anjos, A. C. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer da mama: Funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 21(1), 19-28. Recuperado de <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/aval-quali-vida-pos-cancer-de-mama.pdf>
- Sammarco, A. (2010). Problemas da mama. In F. D. Monahan, J. K. Sands, M. Neighbors, J. F. Marek, & C. J. Green, *Enfermagem médico-cirúrgica: Perspectivas de saúde e doença* (8a ed., vol. 4, pp. 1803-1833). Loures: Lusodidacta.
- Sant'Anna, D. K., Almeida, V., Petito, E. L., & Gutiérrez, M. G. R. (2010). Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer da mama: Revisão da literatura. *Ciência e Enfermagem*, 16(1), 97-104. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_11.pdf
- Santos, J., & Gonçalves, R. (2005). Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand – (DASH). *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia*, 14(3), 29-45.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Santos, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Qualidade de vida do doente oncológico: Revisão de bibliografia. *Revista Referência*, 7, 5-16.
- Santos, C., Martins, T., & Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In C. Sequeira, C. Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Coords.), *Saúde e qualidade de vida: Estado de arte* (pp. 15-27). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Shi, H., Uen, Y., Yen, L., Culbertson, R., Juan, C., & Hou, M. (2011). Two-year quality of life after breast cancer surgery: a comparison of three surgical procedures. *European Journal of Surgical Oncology*, 37(8), 695-702. doi: 10.1016/j.ejso.2011.05.008
- Silva, M. P. P., Derchain, S. F. M., Rezende, L., Cabello, C., & Martinez, E. Z. (2004). Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: Estudo

- randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(2), 125-130.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: O papel das variáveis sociodemográficas, clínicas e estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 64-76.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2008). *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (11a ed., vol. 1). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Táboas, M., Torres, A., Popik, I., Casalta, P., Lima, L., & Caldas, J. (2013). Linfedema: Revisão e integração de um caso clínico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 23(1), 70-78. Recuperado de <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/97>
- Teixeira, Z. C. (2010). *O estudo retrospectivo comparativo dos casos de cancro da mama entre duas instituições oncológicas em países diferentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Porto.
- Temple, W. J., Russell, M. L., Parsons, L. L. Huber, S. M., Jones, C. A., Bankes, J., & Eliasziw, M. (2006). Conservation surgery for breast cancer as the preferred choice: A prospective analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (21), 3367-3373. doi: 10.1200/JCO.2005.02.7771
- Thuler, L. C. (2003). Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 227-238.
- Torresan, R. Z., Santos, C. C., Conde, D. M., & Brenelli, H. B. (2002). Preservação do nervo intercostobraquial na linfadenectomia axilar por carcinoma de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(4), 221-226. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n4/a02v24n4.pdf>
- Veiros, I., Nunes, R., & Martins, F. (2007). Complicações da mastectomia linfedema do membro superior. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 335-340.
- Veronesi, U., & Zurrada, S. (2007). Breast conservation: Current results and future perspectives at the European Institute of Oncology. *International Journal of Cancer*, 120(7), 1381-1386. doi:10.1002/ijc.22529
- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: A global perspective*. Washington DC: American Institute for Cancer Research. Recuperado de http://www.aicr.org/assets/docs/pdf/reports/Second_Expert_Report.pdf
- World Health Organization. (2013). *Cancro da mama: Prevenção e controlo*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

ANEXOS

Anexo A – Instrumento de recolha de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu



V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

ÁREA CIENTIFICA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES ADULTAS MASTECTOMIZADAS INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Antes de responder às questões que integram este instrumento de recolha de dados, queremos informá-lo de que:

Com o presente estudo pretende-se avaliar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas e os determinantes sociodemográficos, clínicos e psicossociais nessa qualidade de vida;

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;

Não é necessário escrever o seu nome, pois a recolha de dados é confidencial.

Obrigada pela sua colaboração.

I – Caracterização Sociodemográfica

1. **Idade:** _____ anos
2. **Estado civil:** Casada/União de facto Solteira Divorciada/Separada Viúva
3. **Residência:** Meio Rural Meio Urbano
4. **Habilitações Literárias:** Não sabe ler e escrever 1º Ciclo Escolar (4ª Classe)
 2º Ciclo escolar (9º ano ou antigo 5º ano) 3º Ciclo escolar (11º ano ou antigo 7º ano)
 12º ano ou equivalente Curso superior
5. **Profissão:** _____
6. **Rendimento mensal médio do agregado familiar:** 0 – 500€ 501-1000 1001-2000€ Acima 2001€

II – Caracterização Clínica

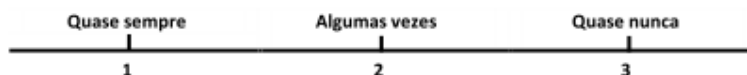
7. **Tipo de Cirurgia + abordagem axilar:** Mastectomia Tumorectomia Mastectomia
 Tumorectomia bilateral
 +esvaziamento axilar
 Mastectomia + Esvaziamento axilar Quadrantectomia
8. **Tratamento adjuvante:** Quimioterapia? Radioterapia? Hormonoterapia?
 Mais do que um tratamento
9. **No seu dia a dia costuma sentir dor?**
 Nunca Raras vezes Algumas vezes Muitas vezes Sempre
10. **A mão dominante é do lado da cirurgia?** Sim Não
11. **Força do membro superior do lado são** _____
12. **Força do membro superior do lado operado** _____
13. **ADM – Amplitude de movimento do ombro do lado são:**
 13.1 Adução Horizontal _____ 13.2 Abdução _____ 13.3 Flexão _____ 13.4 Extensão _____
14. **ADM – Amplitude de movimento do ombro do lado operado:**
 14.1 Adução Horizontal _____ 14.2 Abdução _____ 14.3 Flexão _____ 14.4 Extensão _____
15. **História de cancro da mama na família?** Sim Não
16. **Pratica regularmente desporto?** Sim Não 16.1. Se sim, qual? _____
17. **Fez reabilitação após a cirurgia?** Sim Não
 17.1. Se sim, quanto contribui para a sua recuperação? Nada Pouco Muito
18. **Durante o período pré ou pós-operatório algum profissional de saúde lhe falou acerca de exercícios de reabilitação após a mastectomia?** Sim Não
 18.1. Se sim, quem foi? Enfermeiro Médico Outro profissional Outra pessoa

III – Caracterização psicossocial

19. **Agregado Familiar:** Número de membros _____ 19.1 Número de filhos _____

20. **Sente que tem apoio familiar?** Sempre Quase sempre Algumas vezes Quase nunca

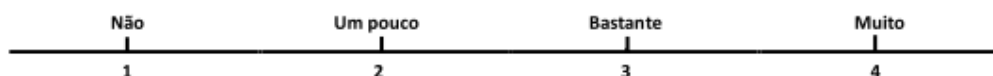
Pretende-se apenas conhecer a sua perceção sobre a funcionalidade da sua família. Por favor, coloque o número correspondente à resposta que melhor representa a sua experiência familiar.



21. Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?	<input type="checkbox"/>
22. Está satisfeito como a sua família discute assuntos?	<input type="checkbox"/>
23. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?	<input type="checkbox"/>
24. Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: amor, irritação, pesar)?	<input type="checkbox"/>
25. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	<input type="checkbox"/>

IV – EORTC QLQ-C30 (Versão 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, leia com atenção todas as perguntas e coloque o número correspondente à resposta que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.



Durante a última semana:

1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por ex.; carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	<input type="checkbox"/>
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?	<input type="checkbox"/>
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?	<input type="checkbox"/>
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	<input type="checkbox"/>
5. Precisa que a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	<input type="checkbox"/>
6. Sentiu-se limitada no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>
7. Sentiu-se limitada na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	<input type="checkbox"/>
8. Teve falta de ar?	<input type="checkbox"/>
9. Teve dores?	<input type="checkbox"/>
10. Precisou de descansar?	<input type="checkbox"/>
11. Teve dificuldade em dormir?	<input type="checkbox"/>
12. Sentiu-se fraca?	<input type="checkbox"/>
13. Teve falta de apetite?	<input type="checkbox"/>
14. Teve enjoos?	<input type="checkbox"/>
15. Vomitou?	<input type="checkbox"/>
16. Teve prisão de ventre?	<input type="checkbox"/>
17. Teve diarreia?	<input type="checkbox"/>
18. Sentiu-se cansada?	<input type="checkbox"/>
19. As dores perturbaram as suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/>
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	<input type="checkbox"/>
21. Sentiu-se tensa?	<input type="checkbox"/>
22. Teve preocupações?	<input type="checkbox"/>
23. Sentiu-se irritável?	<input type="checkbox"/>

24. Sentiu-se deprimida?	<input type="checkbox"/>
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	<input type="checkbox"/>
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida familiar?	<input type="checkbox"/>
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social?	<input type="checkbox"/>
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	<input type="checkbox"/>

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso.

29. Como classifica a sua saúde em geral durante a última semana?

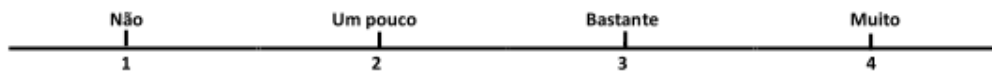
1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30. Como classifica a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

V – EORTC QLQ-BR23

Às vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas.



Durante a semana passada:

31. Sentiu secura na boca?	<input type="checkbox"/>
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	<input type="checkbox"/>
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	<input type="checkbox"/>
34. Caiu-lhe algum cabelo?	<input type="checkbox"/>
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	<input type="checkbox"/>
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	<input type="checkbox"/>
37. Teve afrontamentos?	<input type="checkbox"/>
38. Teve dores de cabeça?	<input type="checkbox"/>
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	<input type="checkbox"/>
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	<input type="checkbox"/>
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	<input type="checkbox"/>
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	<input type="checkbox"/>
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	<input type="checkbox"/>

Durante as últimas quatro semanas:

44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	<input type="checkbox"/>
45. Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais)	<input type="checkbox"/>
46. Responda apenas se esteve sexualmente ativa: Até que ponto as relações sexuais lhe deram prazer?	<input type="checkbox"/>

Durante a última semana:

47. Teve dores no braço ou no ombro?	<input type="checkbox"/>
48. Teve o braço ou a mão inchados?	<input type="checkbox"/>
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	<input type="checkbox"/>
50. Sentiu dores na área da mama afetada?	<input type="checkbox"/>
51. A área da mama afetada inchou?	<input type="checkbox"/>
52. Sentiu a área da mama afetada muito sensível?	<input type="checkbox"/>
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por ex., comichão, pele seca, pele a escamar)	<input type="checkbox"/>

VI – FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR (DASH – Disability of de arm, should and hand)

Sem dificuldade	Pouca dificuldade	Dificuldade Média	Muita dificuldade	Não consegue
1	2	3	4	5

Meça a sua habilidade ao realizar as seguintes atividades na semana passada:

1. Abrir um frasco novo com uma tampa muito apertada	<input type="checkbox"/>
2. Escrever	<input type="checkbox"/>
3. Virar uma chave	<input type="checkbox"/>
4. Preparar uma refeição	<input type="checkbox"/>
5. Colocar algo numa prateleira acima da sua cabeça	<input type="checkbox"/>
6. Fazer tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão)	<input type="checkbox"/>
7. Fazer trabalho de jardinagem	<input type="checkbox"/>
8. Fazer a cama	<input type="checkbox"/>
9. Carregar um saco ou uma mala	<input type="checkbox"/>
10. Carregar um objeto pesado (mais de 5 kg)	<input type="checkbox"/>
11. Trocar uma lâmpada acima de cabeça	<input type="checkbox"/>
12. Lavar ou secar o cabelo	<input type="checkbox"/>
13. Lavar as suas costas	<input type="checkbox"/>
14. Vestir uma blusa fechada	<input type="checkbox"/>
15. Usar uma faca para cortar alimentos	<input type="checkbox"/>
16. Atividades recreativas que exigem pouco esforço (jogar cartas, tricotar)	<input type="checkbox"/>
17. Atividades recreativas que exigem força ou impacto nos braços, ombros ou mãos (jogar volei, martelar)	<input type="checkbox"/>
18. Atividades recreativas nas quais você move o seu braço livremente (pescar, jogar)	<input type="checkbox"/>
19. Transportar-se de um lado para o outro (ir de um lugar a outro)	<input type="checkbox"/>
20. Atividades sexuais	<input type="checkbox"/>
21. Durante a semana passada, até que ponto o seu problema com o braço, ombro ou mão afetou as suas atividades normais com a família, amigos, vizinhos ou colegas?	<input type="checkbox"/>
22. Durante a semana passada, sentiu-se limitada no seu trabalho ou nas suas atividades regulares devido ao seu braço, ombro ou mão?	<input type="checkbox"/>

Meça a gravidade dos seguintes sintomas a semana passada:

Nenhuma	Pouca	Moderada	Muita	Extrema
1	2	3	4	5

23. Dor no braço, ombro ou mão	<input type="checkbox"/>
24. Dor no braço, ombro ou mão quando realizou alguma atividade específica	<input type="checkbox"/>
25. Desconforto na pele (“alfinetadas”) no braço, ombro ou mão	<input type="checkbox"/>
26. Fraqueza no braço, ombro ou mão	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em mexer o braço, ombro ou mão	<input type="checkbox"/>
28. Sentiu-se limitada no seu trabalho ou nas suas atividades regulares devido ao seu braço, ombro ou mão?	<input type="checkbox"/>

Sem dificuldade	Pouca dificuldade	Dificuldade Média	Muita dificuldade	Não consegue
1	2	3	4	5

29. Durante a semana passada, teve dificuldade em dormir devido ao seu problema com o braço, ombro ou mão?	<input type="checkbox"/>
30. Sinto me menos capaz, menos confiante e menos útil por causa do problema com meu braço, ombro ou mão.	<input type="checkbox"/>

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração.

Anexo B - Pedido de parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética

Ex. mo Senhor

Presidente do Conselho de Administração

Do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro

Eu, Clara Maria Moreira Guedes Rodrigues, estudante do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da Unidade Curricular - Relatório Final - venho solicitar a V. Exa. se digne a submeter o pedido de estudo/investigação sobre o tema “Qualidade de Vida em Mulheres Adultas Mastectomizadas”, a apreciação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar, a fim de ser emitido parecer. Para efeito, junta-se em anexo 1 o modelo “Dados do projeto de investigação” e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados.

Os objetivos do estudo/investigação são avaliar a qualidade de vida de Mulheres Adultas Mastectomizadas e estudar a relação existente entre os determinantes sócio-demográficos, clínicos e psicossociais. Só conhecendo níveis de comprometimento e o seu impacto na qualidade de vida das pacientes se poderão estabelecer estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação que possam melhorar e otimizar a funcionalidade da mulher, referente ao Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro.

A escolha do Centro Hospitalar de Trás os Montes de Alto Douro para a recolha de dados deve-se ao facto de eu desenvolver as minhas funções com enfermeira na Unidade de Cirurgia Geral – Unidade de Vila Real e após a realização do curso de especialidade em Enfermagem de Reabilitação demonstrar interesse profissional em desenvolver projetos na área da especialidade com vista a contribuir para uma melhoria na prestação de cuidados efetivos e atendendo as necessidades comprometidas deste grupo alvo, sentindo assim a necessidade de um conhecimento mais aprofundado e válido desta população.

Proponho-me assim, a desenvolver um estudo não experimental, transversal, descritivo/correlacional e de carácter quantitativo para estudar as mulheres adultas mastectomizadas (idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos) no contexto de consulta externa de cirurgia, aplicando o questionário como instrumento de colheita de dados. O acompanhamento e concretização do estudo será supervisionado/monitorizado pela Professora Rosa Maria Lopes Martins, coordenadora científica do trabalho e professora coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Grata pela disponibilidade

Com os melhores cumprimentos



Ilustre(s) Senhor(a):

Escola Superior de Saúde de Viseu
Prof. Dr. Carlos Pereira Rua D. João
Crisóstomo Gomes de Almeida, 102

3500-843 Viseu

ASSUNTO: *Projeto de investigação*

V. REFERÊNCIA

Após parecer emitido pela Comissão de Ética em 30.11.2016, o Conselho de Administração em reunião de 07.12.2016, autorizou pedido para que a aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação - Clara Maria Moreira Guedes Rodrigues, realize um projeto de investigação neste CH sobre o tema "Qualidade de vida em mulheres adultas mastectomizadas"

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 12.12.2016

Doc. n.º 455/2016 - C.A.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

João Oliveira


João Oliveira
Diretor Clínico