

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, GÊNERO E INTERAÇÃO SOCIAL

**MULHERES MASTECTOMIZADAS: O QUE MUDA NA DINÂMICA
CONJUGAL?**

TERESA CRISTINA DA COSTA VIEIRA

RECIFE, 2015

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, GÊNERO E INTERAÇÃO SOCIAL

**MULHERES MASTECTOMIZADAS: O QUE MUDA NA DINÂMICA
CONJUGAL?**

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Católica de Pernambuco em
cumprimento de exigência para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia Clínica
sob a orientação da Prof^ª Dra. Albenise de
Oliveira Lima.

RECIFE, 2015

TERESA CRISTINA DA COSTA VIEIRA

**MULHERES MASTECTOMIZADAS: O QUE MUDA NA DINÂMICA
CONJUGAL?**

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Gisela Rocha Siqueira
(Titular Externa-UFPE)

Prof^ª Dr^ª Cristina Maria de Souza Brito Dias
(Titular Interna-UNICAP)

Prof^ª Dr^ª Albenise de Oliveira Lima
(Orientadora-UNICAP)

RECIFE, 2015

**Dedico ao meu querido pai (Valdemiro Vieira – Prof. Miro –
in memoriam), referência de amor e carinho por sua família:
seus ensinamentos estarão sempre presentes na minha vida.**

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que, a cada amanhecer, a cada novo dia, me dá a possibilidade de agradecer por todas as bênçãos recebidas.

Aos meus pais (Maria da Natividade e Valdemiro Vieira), exemplos de dedicação e amor para com os seus filhos.

Aos meus irmãos João Bosco Vieira e Ana Maria Vieira.

À minha querida orientadora (Prof^ª Albenise de Oliveira Lima), que, desde o primeiro contato, me incentivou em relação ao mestrado, e esteve sempre presente e atuante no decorrer da minha formação.

Às mulheres que participaram da pesquisa e gentilmente responderam aos questionários.

Às professoras do mestrado, em especial prof^ª Cristina Maria de Souza Brito, por todo o aprendizado adquirido nesse período, de suma importância tanto na minha vida profissional quanto na pessoal.

Às amigas (Francisca Motta, Silvana Uchôa, Érica Uchôa, Cristiana Machado, Ana Karolina Lima, Marina Barros e Emília Ferraz), que estiveram ao meu lado em todos os momentos dessa formação, em especial (Valéria Passos, Cristiana Brito e Claudia Fonsêca): o incentivo de vocês foi essencial.

Às amigas fisioterapeutas (Cíntia Dutra, Carina Paiva, Luciana Mergulhão e Danyela Correia), pelo carinho e acolhimento que recebi de todas.

À professora convidada da Universidade Federal de Pernambuco (Gisela Rocha Siqueira) e à professora convidada da Universidade Católica de Pernambuco (Cristiana Maria de Souza Brito Dias) por participar da banca examinadora, contribuindo com suas considerações pertinentes ao tema.

À amiga fisioterapeuta (Rejane Figueiredo), por todo apoio e incentivo.

A (Zeca Lemos), por seu profissionalismo e amizade, que foram fundamentais nessa trajetória do mestrado.

À direção do hospital, por confiar e permitir a realização da pesquisa no estabelecimento.

A todos os amigos que me apoiaram nesse momento tão importante da minha vida.

RESUMO

O diagnóstico de câncer de mama desencadeia mudanças no funcionamento não só da mulher assim diagnosticada, mas também em toda a sua família, afetando, inclusive, as relações afetivas e conjugais. As mulheres submetidas à mastectomia podem apresentar dificuldades durante o retorno às atividades profissionais, aos convívios social e familiar, como também no âmbito do relacionamento sexual. Há um grande impacto na autoestima. A qualidade de vida é acometida e sua avaliação é importante para a detecção dos aspectos que podem interferir no bem estar dessas mulheres. O estudo proposto teve por objetivo analisar a percepção sobre a comunicação e as emoções presentes na conjugalidade por parte de mulheres mastectomizadas bem como sobre a qualidade de vida pós-cirurgia. A pesquisa, de natureza quantitativa, estudou 50 mulheres mastectomizadas, com idades entre 30 a 55 anos, atendidas na enfermaria de um hospital de referência para o câncer de mama, da cidade do Recife. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados o Questionário genérico de Qualidade de Vida da European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life (EORTC) QLQ-C30 versão 3.0; o Questionário para avaliar a dinâmica conjugal, e o Questionário de Qualidade de Vida Supplementary Questionnaire Breast Câncer Module QLQ-BR23 versão 1.0. Para a análise estatística, foram utilizados os Softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010. Os resultados foram inicialmente avaliados através de uma análise descritiva, baseada na composição de tabelas de frequência ou gráficos, além do cálculo de algumas medidas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo de série). Para avaliação de significância estatística para as estimativas realizadas foram utilizados os intervalos de confiança a 95% e o valor de 0,05 para a probabilidade associada aos testes (valor de p). Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas foram utilizados o: Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher e, na comparação dos grupos, o Teste de Mann-Whitney (Não Normal). Os resultados apontam para o companheirismo entre os cônjuges, havendo diálogo constante do casal; a maior parte das mulheres era sexualmente ativa e respondeu que a atividade sexual é satisfatória. Também foi observada a presença de comprometimento da autoimagem e dor na maioria das mulheres interferindo na qualidade de vida. Diante desses resultados, considera-se relevante incentivar a prevenção e o diagnóstico precoce da doença; prover um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de saúde, para acolher esses casais, com o intuito de favorecer um melhor enfrentamento da doença.

Palavras chave: neoplasias da mama; qualidade de vida; conjugalidade.

ABSTRACT

The diagnosis of breast cancer triggers changes in functioning not only of women so diagnosed, but also in your entire family, affecting even the emotional relationships and marriage. Women undergoing mastectomy may have difficulties during the return to professional activities, the social and family gatherings, as also within the sexual relationship. There is a great impact on self-esteem. The quality of life is affected and their evaluation is important for the detection of aspects that may interfere with the well-being of these women. The proposed study aimed to analyze the perception on the communication and emotions present in conjugality by women mastectomizadas as well as on the quality of life after surgery. The research of quantitative nature studied 50 mastectomizadas women, aged 30 to 55 years, served in the infirmary of a referral hospital for breast cancer, in the city of Recife. Were used as data collection instruments the Generic questionnaire of quality of life of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life (EORTC) QLQ-C30 version 3.0; the questionnaire to assess marital dynamics, and the Quality of life questionnaire Supplementary Questionnaire QLQ-BR23 Breast Cancer Module version 1.0. For statistical analysis, we used the software SPSS 13.0 for Windows and Excel 2010. The results were initially assessed through a descriptive analysis, based on composition of frequency tables or graphics, in addition to the calculation of some descriptive measures (average, standard deviation, minimum and maximum values of the series). To evaluate statistical significance for the assessments were used the 95% confidence intervals and the value of 0.05 for the probability associated with the tests (p value). To verify the existence of association between categorical variables were used: Chi-square and Fisher's exact test and, comparison of the groups, the Mann-Whitney Test (not Normal). The results point to the companionship between the spouses, and there is constant dialogue of the couple; most of the women were sexually active and replied that sexual activity is satisfactory. It was also observed the presence of impairment of self-image in most women and pain interfering with quality of life. On those results, it is considered relevant to encourage prevention and early diagnosis of disease; provide a follow up of a multidisciplinary team of health, to accommodate those couples, in order to encourage a better fight disease.

Keywords: breast neoplasms; quality of life; conjugality.

RESUMEN

El diagnóstico de cáncer de mama provoca cambios en el funcionamiento no sólo de las mujeres así diagnosticadas, sino también en toda su familia, que afectan a las relaciones afectivas y matrimonio. Las mujeres sometidas a mastectomía pueden tener dificultades durante el retorno a actividades profesionales, las reuniones sociales y familiares, como también dentro de la relación sexual. Hay un gran impacto sobre la autoestima. La calidad de vida se ve afectada y su evaluación es importante para la detección de aspectos que pueden interferir con el bienestar de estas mujeres. El estudio propuesto pretende analizar la percepción sobre la comunicación y las emociones presentan en la conyugalidad por mujeres mastectomizadas, así como en la calidad de vida después de la cirugía. La investigación de naturaleza cuantitativa estudiaron a 50 mujeres mastectomizadas, de 30 a 55 años, sirvió en la enfermería de un hospital de referencia para el cáncer de mama, en la ciudad de Recife. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos el cuestionario genérico de calidad de vida de la Organización Europea para la investigación y calidad de vida de tratamiento del cáncer (EORTC) QLQ-C30 versión 3.0; cuestionario para evaluar la dinámica conyugal y el cuestionario de vida complementaria módulo de cáncer de mama cuestionario QLQ-BR23 versión 1.0. Para el análisis estadístico, se utilizó el software SPSS 13.0 para Windows y Excel 2010. Los resultados se evaluaron inicialmente a través de un análisis descriptivo, basado en la composición de tablas de frecuencias o gráficos, además el cálculo de algunas medidas descriptivas (media, desviación estándar, valores mínimo y máximo de la serie). Para evaluar la significación estadística de las evaluaciones fueron utilizados los intervalos de confianza de 95% y el valor de 0.05 para la probabilidad asociada con las pruebas (valor p). Verificar la existencia de asociación entre la categórica se utilizaron las variables: Chi-cuadrado y de Fisher prueba exacta y, la comparación de los grupos la prueba de Mann-Whitney (no Normal). Los resultados señalan a la compañía entre los cónyuges, y hay un diálogo constante de la pareja; la mayoría de las mujeres eran sexualmente activa y respondió que la actividad sexual es satisfactoria. También se observó la presencia de deterioro de la autoimagen en la mayoría de las mujeres y dolor interfiriendo con la calidad de vida. En esos resultados, se considera relevante fomentar la prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad; proporcionar un seguimiento hasta de un equipo multidisciplinario de salud, para dar cabida a las parejas, para favorecer una mejor lucha de la enfermedad.

Palabras clave: mama neoplasias; calidad de vida; conyugalidad.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1-Perfil sociodemográfico das mulheres submetidas à mastectomia.....	33
Tabela 2-Características do relacionamento conjugal da mulher mastectomizada.....	34
Tabela 3-Análise descritiva dos domínios da escala funcional e de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23 em mulheres submetidas à mastectomia.....	37
Tabela 4-Análise descritiva dos domínios da escala funcional e de sintomas do questionário EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.....	38
Tabela 5-Associação das características das mulheres submetidas à mastectomia em relação à medida global de saúde e qualidade de vida do questionário EORTC-QLQ-C30.....	39
Tabela 6-Frequência dos domínios da escala funcional e da escala de sintomas (por item) do questionário EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.....	42
Tabela 7-Frequência dos domínios da escala funcional e da escala de sintomas (por item) do questionário EORTC-QLQ-BR23 em mulheres submetidas à mastectomia....	44
Tabela 8-Associações entre as questões do domínio da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23.....	45
Tabela 9-Associações entre as questões do domínio da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23.....	46
Gráfico 1-Classificação geral da saúde x Qualidade de vida do questionário EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.....	40
Gráfico 2-Correlação da pontuação da medida global de saúde e qualidade de vida do EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.....	41

SUMÁRIO

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
RESUMEN	VIII
APRESENTAÇÃO	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Câncer de Mama: quando o adoecimento é na mulher.....	14
1.2. Conjugalidade: um olhar sobre o tema.....	19
2- OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo geral.....	28
2.2 Objetivos específicos.....	28
3. MÉTODO	29
3.1 <i>Locus</i> da pesquisa.....	29
3.2 Participantes.....	29
3.3 Instrumentos.....	30
3.4 Variáveis.....	31
3.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	31
3.6 Procedimentos para análise.....	31
3.7. Critérios éticos.....	32
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	58
Anexo 1 -Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30.....	59
Anexo 2 -Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida QLQ-BR23.....	61
Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética da UNICAP nº 475.024.....	63
APÊNDICES	65
Apêndice A – Questionário da Dinâmica Conjugal.....	66
Apêndice B - Termo de Consentimento livre Esclarecido.....	70
Apêndice C -Descrição dos itens dos domínios da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-C30.....	72

Apêndice D -Descrição dos itens dos domínios da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23.....	74
---	----

APRESENTAÇÃO

O câncer de mama é uma doença que a cada ano cresce o número de mulheres acometidas e que pode levar a morte. Entretanto, a detecção precoce e o tratamento adequado podem levar à cura. Depois do diagnóstico da neoplasia, as mulheres passam por uma trajetória de exames, procedimentos terapêuticos e mudanças nos hábitos de vida, além de mudanças na rotina dos convívios familiares, sociais, profissionais e conjugais. Todo esse contexto pode desencadear muito sofrimento físico e psicológico nessas mulheres.

Além do mais, a mama tem uma representação muito significativa para a mulher. A mastectomia, quando realizada, pode desencadear sentimentos de tristeza, alterações na imagem corporal e na qualidade de vida. Diante de tudo isso, despertamos para esta pesquisa com o intuito de analisar a percepção sobre a comunicação e as emoções presentes na conjugalidade por parte de mulheres mastectomizadas bem como sobre a qualidade de vida pós-cirurgia.

No primeiro momento, iniciamos com o enfoque teórico, cujas temáticas foram o câncer de uma forma genérica e, em seguida, o câncer de mama tanto masculino quanto feminino. Dando continuidade, no tópico do câncer de mama: quando o adoecimento é na mulher, ocorrem diversos aspectos relacionados com essa enfermidade e suas repercussões na vida das mulheres acometidas. Também enfocamos as intervenções necessárias para o tratamento da neoplasia e a qualidade de vida das mulheres que são submetidas à mastectomia. Finalizando, foram abordados aspectos da conjugalidade, a interferência da mastectomia na autoimagem das mulheres e as repercussões dessa cirurgia na conjugalidade.

Após o referencial teórico, dando seguimento, foram expostos o objetivo geral e os específicos, a metodologia, a análise dos resultados da pesquisa e a discussão dos resultados obtidos com a aplicação dos questionários. E, por fim, as considerações finais que expõem reflexões acerca do tema em questão.

1. INTRODUÇÃO

O câncer caracteriza-se por um crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo para tecidos e órgãos próximos ou à distância, cuja origem pode estar relacionada a vários fatores que agem em conjunto ou de forma sequenciada (Guimarães & Anjos, 2012; INCA, 2014). Atualmente, há um aumento significativo das taxas de ocorrência e prevalência do câncer, principalmente nos países em desenvolvimento. Entretanto, diagnósticos precoces associados a tratamentos eficazes podem levar muitas pessoas à condição de portadoras de doença crônica controlada ou até mesmo à cura da neoplasia (Gradim, 2005).

Para o controle e o tratamento mais eficiente de um câncer é necessária, junto com o diagnóstico, a realização do estadiamento ou definição do estágio dele, que vai avaliar o prognóstico e determinar a melhor abordagem terapêutica a ser utilizada. A União Internacional Contra o Câncer (UICC) preconiza para o estadiamento dos diversos tipos de câncer, o sistema TNM, nos quais, T significa o tamanho do tumor primário, N o número de metástases ganglionares, e M, se há ou não metástases à distância (Galante-Nassif, 2006; Rodrigues & Ferreira, 2010).

No Brasil, é sabido que os indivíduos adotam vários estilos de vida e se expõem a vários fatores de risco peculiares à contemporaneidade, acarretando uma importante mudança no perfil de morbimortalidade da população. Nesse contexto, tem sido registrada uma diminuição da ocorrência das doenças infectocontagiosas e uma maior incidência das crônico-degenerativas. Dentre as doenças crônico-degenerativas mais incidentes, o câncer tem sido apontado como uma das enfermidades com maior número de casos novos, necessitando, portanto, de uma maior vigilância epidemiológica para sua prevenção, diagnóstico precoce, controle e tratamento (INCA, 2014).

Nos dias atuais, a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer têm sido bastante discutidos no Brasil por profissionais da saúde. Segundo o INCA (2014), o câncer passou a ser considerado um problema de saúde pública, cujas medidas de controle e prevenção devem ser priorizadas. De acordo com dados estatísticos, nas mulheres, o câncer de mama é o mais prevalente, embora possa também atingir a população masculina.

O câncer de mama, também conhecido na literatura como carcinoma de mama, é uma doença cujas células mamárias anormais multiplicam-se de uma forma rápida e

desordenada, podendo surgir em várias regiões da mama, ou disseminar-se para outros tecidos corporais.

Esse tipo de câncer, tanto no homem quanto na mulher, requer um diagnóstico precoce para que ocorra sucesso no tratamento. Além do procedimento cirúrgico, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia são abordagens terapêuticas que podem ser realizadas para o tratamento do câncer de mama em ambos os casos.

O câncer de mama masculino é uma doença rara, tem uma baixa incidência, que aumenta de acordo com o avançar da idade. Alguns fatores de risco são idênticos aos da neoplasia feminina, dentre eles, a história familiar e a radiação ionizante. Nos últimos anos, houve um aumento do diagnóstico clínico e os sintomas mais comumente observados da doença no homem são um nódulo indolor subareolar, retração e sangramento do mamilo. O tamanho do tumor e o envolvimento de linfonodo axilar são os mais importantes fatores prognósticos para ambos os gêneros, e também há uma semelhança nos prognósticos em relação à idade e ao estágio da doença (Haas, Costa, & Souza, 2009).

O diagnóstico do câncer de mama na mulher ocorre mais precocemente, quando comparado ao homem. Porém, nos dois gêneros, a detecção da doença nos estágios mais avançados propicia prognósticos mais sombrios e comprometem a cura. Face ao exposto, por perceber na prática clínica aspectos que podem interferir na conjugalidade após o diagnóstico de uma neoplasia e, posteriormente, a retirada de um órgão tão significativo para a estética física e psicológica da mulher, surgiu o interesse na realização desta dissertação. Nesse sentido, o presente estudo foi direcionado para o câncer de mama na mulher, tendo como foco as possíveis alterações que ocorrem na dinâmica conjugal a partir desse diagnóstico.

1.1 Câncer de mama: quando o adoecimento é na mulher

A neoplasia maligna da mama, de acordo com o Ministério da Saúde, é uma das principais causas de morte na população feminina do Brasil – também provoca repercussões importantes na vida das mulheres por ela acometidas. É isso que vamos problematizar neste tópico.

Como dito anteriormente, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, o câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres. Na

estimativa para o ano de 2014, válida também para o ano de 2015, esperam-se, aproximadamente, 57 mil casos novos de câncer de mama feminina no país (INCA, 2014).

Sua etiologia é desconhecida, porém seu desenvolvimento é multifatorial. O conhecimento dos fatores de risco tem sua importância, pois pode levar a uma identificação precoce do câncer e, a partir disso, propiciar uma sobrevida maior e até mesmo a cura (Borghesan, Pelloso & Carvalho, 2008).

São fatores de risco para o câncer de mama os relacionados à vida reprodutiva da mulher, a alta densidade mamária, o envelhecimento, a ingestão regular de álcool, o excesso de peso, a história familiar de câncer de mama, o sedentarismo, a exposição à radiação ionizante (INCA, 2014; Lester, 2010). Além dos já citados, os anticoncepcionais orais e a terapia de reposição hormonal também são considerados fatores de risco (Borghesan et al., 2008).

Em relação à vida reprodutiva da mulher, vários fatores de risco são relevantes para o aumento da incidência da neoplasia da mama. São eles: menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, ciclos menstruais de curta duração e primeira gestação após os 30 anos. Em contrapartida, amamentação, alimentação saudável, peso corporal adequado e prática de atividade física são fatores de menor risco para desenvolver o câncer de mama.

É considerado um grave problema de saúde pública, apresenta uma alta incidência, morbidade, mortalidade e elevado custo no tratamento (Skaba, Silva, Silva, Andrade, Nunes, Santos, Menezes, Fernandes, Gomes & Camargo, 2012). Diante desse contexto, faz-se necessário enfatizar a importância de medidas preventivas e a conscientização de estilos de vida mais saudáveis tais como prática de atividades físicas frequentes e alimentação adequada.

A elevada taxa de mortalidade relacionada ao câncer de mama é evidenciada provavelmente pelo diagnóstico ser detectado numa fase tardia da doença (Buitrago, Uemura & Sena, 2011; INCA, 2014). Uma característica importante que pode levar a esse diagnóstico tardio é o fato dessa neoplasia maligna apresentar uma evolução assintomática. Por esse motivo, a solicitação da mamografia, a orientação do autoexame regular das mamas e o exame clínico das mamas durante a consulta médica, que são procedimentos essenciais para a detecção precoce de patologias mamárias, devem ser

praticados com uma maior assiduidade (Borghesan et al., 2008; Furlan, Sabino Neto, Abla, Oliveira, Lima, Ruiz & Ferreira, 2013).

O tratamento do câncer de mama pode ser realizado por meio de várias modalidades terapêuticas. A radioterapia e a cirurgia são procedimentos loco-regionais, enquanto que a quimioterapia e a hormonioterapia são abordagens sistêmicas (Furlan et al, 2013; Silva, Santos, Almeida & Fernandes, 2010). Tanto a mastectomia como a quimioterapia interferem na imagem corporal e ocasionam diminuição na autoestima da mulher, podendo também levar a sérias alterações na sua sexualidade (Tavares e Trad, 2010).

A indicação da cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico. O procedimento cirúrgico pode ser conservador ou não conservador. Denomina-se conservador quando há a ressecção de um segmento da mama (setorectomia, tumorectomia alargada e quadrantectomia), com retirada dos linfonodos axilares ou linfonodo sentinela. As mastectomias são as cirurgias não conservadoras, que são as seguintes: simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar), radical modificada (preserva um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar), radical (retira o(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar), com reconstrução imediata e a poupadora de pele (Ministério da Saúde, 2004).

A mastectomia e a linfadenectomia axilar (retirada da rede de linfonodos axilares) são comumente realizadas quando o câncer é diagnosticado tardiamente, e são procedimentos que comprometem a autoimagem e a estética (Gradim, 2005). Desse modo, a extirpação da mama pode afetar a qualidade de vida das mulheres.

Vale salientar que a possibilidade da reconstrução da mama tem um aspecto benéfico na dimensão dos aspectos psicológico e físico da mulher. Entretanto, o tecido que substituirá a mama extirpada não é um tecido mamário e, por esse motivo, a mulher pode decepcionar-se, pois não terá as mesmas sensações que tinha na mama, antes da cirurgia. Assim mesmo, do ponto de vista psicológico, é mais animador sair da cirurgia com a mama reconstruída, e também é um procedimento favorável para as mulheres mastectomizadas há algum tempo (Gradim, 2005).

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que provoca a alopecia e mal-estar, esse último, apesar de ser passageiro, provoca certo incômodo nas mulheres em tratamento (Ramos et al., 2012). Em relação à queda do cabelo, as pacientes têm a sua

autoestima comprometida, pois a alopecia é imediata e acarreta a exposição das mulheres ao tipo de doença que estão acometidas. Por esse motivo, é de fundamental importância informar os efeitos colaterais do procedimento terapêutico, para que elas superem essa fase com mais confiança e conscientes de tudo o que pode ocorrer durante o tratamento (Caetano, Gradim & Santos, 2009).

A radioterapia tem sua atuação em nível loco-regional e seu uso tem como objetivo destruir células remanescentes depois da abordagem cirúrgica ou com o intuito de reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. É um procedimento que deve ser realizado após as cirurgias conservadoras, independentemente de as margens cirúrgicas estarem livres de comprometimento neoplásico, da idade, do tipo histológico e também do uso de quimioterapia ou hormonioterapia (Ministério da Saúde, 2004).

O tratamento do câncer de mama é prolongado e pode variar de dois a sete meses. A quimioterapia e a radioterapia, associadas ou não, podem ser realizadas no pré-operatório ou no pós-operatório (Gradim, 2005). É um tratamento que causa sentimentos conflitivos, pois representa temor, restrições e desconforto físico e psicológico. Por outro lado, representa a possibilidade de cura (Alves, Melo, Andrade, Fernandes, Gonçalves & Freire, 2012).

Segundo o grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life, 1995) qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nos pacientes oncológicos, a avaliação da QV deve abordar aspectos que envolvam a melhora, a estabilização ou a piora da doença a partir do tratamento, incluindo também aspectos relacionados ao bem-estar físico, psicológico e social (Veloso, 2001). Diante desse contexto, iremos abordar várias questões que interferem na QV das mulheres mastectomizadas.

Um importante aspecto é o sofrimento psicológico da mulher, que, segundo Silva (2008, p.236):

É um sofrimento que comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher. Considerar estes aspectos nas propostas de atenção à mulher com câncer de mama é mais que necessário: é indispensável.

O diagnóstico e posteriormente as abordagens realizadas para o tratamento do câncer de mama desencadeiam importantes impactos negativos na QV das mulheres acometidas. Além disso, a necessidade de um afastamento das suas atividades usuais, sociais e profissionais acarreta um comprometimento da sua autonomia e, conseqüentemente, propiciará uma baixa autoestima.

A descoberta do câncer também proporciona mudanças no funcionamento familiar, repercutindo tanto na paciente diagnosticada como nos seus familiares. As famílias e as mulheres sofrem no momento do diagnóstico e o sentimento que as invade é o medo da morte, pois o câncer quase sempre está associado a uma doença sem cura, à finitude (Bervian & Girardon-Perlini, 2006; Biffi, 2002). As mulheres podem sentir-se impotentes diante do sofrimento e inseguras, preocupadas e angustiadas em relação ao tratamento e seus efeitos colaterais (Caetano et al., 2009). Mesmo depois da retirada do tumor, elas ainda se sentem ameaçadas com a possibilidade da metástase e da recidiva da neoplasia (Silva, 2008).

Nesse sentido, estudos apontam que a QV pode ser afetada por fatores como: fadiga, depressão, dor e alteração da sensibilidade da mama e braço, linfedema sintomas da menopausa, além de dificuldade na realização das atividades profissionais ou mesmo o afastamento dessas atividades em decorrência do tratamento (Gradim, 2005; Lotti, Barra, Dias & Makluf, 2008; Martins et al., 2009; Santos, 2010). As mulheres acometidas vão ser afetadas por diversos sentimentos que envolvem questões físicas e psicossociais.

O surgimento do linfedema (decorrentes do esvaziamento da cadeia linfonodal axilar) após a mastectomia, por exemplo, ocasiona um incômodo físico e emocional, e muitas mulheres podem ter depressão e ansiedade na presença dessa patologia (Panobianco & Mamede, 2002). O aumento do volume do braço acometido, além de ser inestético, também causa limitações físicas que interferem na capacidade funcional.

Santos (2010, p.41) fez referência ao impacto na QV de mulheres mastectomizadas com presença de linfedema:

Quando o linfedema se cronifica há uma interferência brutal na qualidade de vida da mulher mastectomizada já que importantes alterações físicas, psicológicas, sociais, profissionais e sexuais são associadas ao aumento exagerado do volume do braço.

O linfedema interfere na vida das mulheres mastectomizadas por diversos motivos. Sua rotina doméstica e profissional é prejudicada devido às dores e ao edema,

vergonha em relação ao aspecto físico e sentimento de exclusão; feminilidade e sexualidade comprometidas e medo de rejeição (Santos, 2010).

Diante de todos esses fatores que podem ocasionar sofrimento físico e psicológico nas mulheres acometidas pelo câncer de mama, é fundamental o suporte de uma equipe interdisciplinar. No documento de consenso do Controle do Câncer de Mama (Ministério da Saúde, 2004), há recomendações para a realização de intervenções interdisciplinares, que são importantes para uma melhor QV dessas mulheres:

As intervenções interdisciplinares têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas, que intercedam efetivamente na qualidade de vida desta população após o tratamento, favorecendo de forma prioritária o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais.

Na presença dos dados citados em relação ao impacto que a mastectomia pode causar na qualidade de vida das mulheres acometidas, pode-se verificar que elas necessitam de um suporte de uma equipe interdisciplinar. Além disso, o apoio de todos os que se relacionam com essas mulheres é importante para o seu tratamento, principalmente o acolhimento do cônjuge, que proporciona mais segurança para as esposas e um melhor enfrentamento da situação. Pois, como foi visto, em todas as fases do tratamento da doença, podem ocorrer sintomas e sentimentos que prejudicam a sua qualidade de vida.

1.2. Conjugalidade: um olhar sobre o tema

Segundo o Dicionário Houaiss da língua portuguesa, os significados de “conjugal” são de cônjuge; do casal; matrimonial; do casamento ou da vida de casado (Houaiss, Villar & Franco, 2009). Já “conjugalidade”, do ponto de vista psicológico, Diehl (2002, p. 137) diz que “é um neologismo derivado da palavra conjugar, que dá ideia de união, de ligação entre duas pessoas, sem necessariamente, a existência de um contrato formal entre elas”. Apesar do termo poder ser usado em um sentido amplo, no presente trabalho, o termo conjugalidade será utilizado no sentido mais restrito, ou seja, da relação entre um casal heterossexual.

A conjugalidade tem início quando o homem e a mulher anseiam por uma vida em comum, motivados por vários fatores, sejam eles o amor, o desejo de construir uma família, a divisão de tarefas, o cuidado mútuo, entre outros. Porém é necessário, de

ambas as partes, um empenho para que haja um relacionamento amistoso, amoroso e saudável, visto que se constitui um convívio diário entre dois indivíduos diferentes entre si, com suas respectivas cargas genéticas e hábitos familiares. Somem-se a isso, fatores externos ao casal, que podem vir a interferir tanto de um modo positivo quanto negativo, como é o caso da ocorrência de doenças que interferem na autoimagem da mulher, como o câncer de mama.

Nesse contexto, a relação do casal caracteriza-se por atribuições sobre o que um pensa em relação ao outro e sobre o relacionamento conjugal, percebido como uma troca íntima de comunicação entre ambos, que interfere no nível de satisfação do casal (Oltamari, 2009). Esse, por sua vez, pode ser influenciado por características de personalidade, valores, atitudes e necessidades, sexo, momento do ciclo da vida familiar, presença de filhos, nível de escolaridade, nível socioeconômico, nível cultural, trabalho remunerado e experiência sexual anterior ao casamento (Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009).

Pode-se considerar a conjugalidade como uma dimensão privilegiada no processo de recriação do eu, quando a estabilidade do vínculo corresponde à manutenção do estado amoroso por conta do investimento realizado pelos parceiros no processo de engajamento conjugal. O valor da conjugalidade é antecedido pelos ideais de conjugalidade, que podem sofrer influência do casal parental mais próximo, os pais (Magalhães, 2009).

A satisfação de desejos individuais em termos de atração, amor, consolidação da identidade, sexualidade, maternidade e qualidade da relação conjugal satisfatória para o casal são fatores motivacionais para o estabelecimento da conjugalidade (Neto, Strey & Magalhães, 2011). Há uma diferença entre a vivência e a não vivência da conjugalidade, ou seja, o sujeito que estabelece relação de conjugalidade almeja a construção de um projeto de vida em comum com aquele que elege como amado, diferentemente daquele que vivencia relacionamento sem conjugalidade (Oltamari, 2009). A vivência de conjugalidade na presença de uma doença em um dos cônjuges deveria prevalecer no sentido de manter a interação do casal, indo além de um simples relacionamento para que ambos possam superar as adversidades da doença e manter-se como cônjuges.

No contexto da vida conjugal, são necessárias muitas adaptações nas relações entre os cônjuges, sendo de grande importância que o casal não priorize tão somente a sua individualidade, mas também as necessidades conjugais (Neto, Strey & Magalhães,

2011). Assim sendo, adaptações devem ser criadas, especialmente frente às situações de doenças, para que ambos os cônjuges possam criar estratégias em conjunto para vivenciar sua conjugalidade, mesmo diante de dificuldades.

A presença do sentimento de pertencimento, relacionado à vontade de construção de um projeto conjugal e a manutenção da relação proporcionam uma boa qualidade da relação conjugal. Esse sentimento está ligado tanto ao componente amoroso, quanto à segurança dos parceiros na relação conjugal, diferentemente do sentimento de estranheza, que é considerado um fator indicativo de má qualidade (Neto, Strey & Magalhães, 2011). Esse projeto conjugal bem estabelecido favorece a confiança entre os parceiros, que serve de incentivo em situações de dificuldades, promovendo sentimento de segurança entre os parceiros em casos de enfrentamento de doenças, por exemplo.

A vivência da dinâmica relacional do casal depende de fatores pessoais, interpessoais, transgeracionais, econômicos, sociais e culturais que, conseqüentemente, ocasionarão diversas possibilidades de trajetórias conjugais. Nos dias atuais, o casamento está vinculado às expectativas dos filhos, ao desejo da felicidade, satisfação sexual, realização pessoal, companheirismo e divisão mais igualitária de papéis e tarefas no dia a dia dos parceiros (Diniz, 2011). Dessa forma, essa dinâmica depende da capacidade do casal para lidar com todos esses fatores, garantindo uma interação saudável para ambos.

Para que haja uma vivência saudável, é necessário que os cônjuges tenham a habilidade de negociação de diferenças, sejam capazes de ceder e de assumir compromissos, utilizem estratégias adequadas de resolução de conflitos e, por fim, tenham a capacidade de identificar e reconhecer as próprias necessidades e as necessidades do seu parceiro (Diniz, 2011). Essa negociação de diferenças é de grande importância em situações de doença para que um cônjuge possa disponibilizar-se para o outro com responsabilidade e compromisso no sentido de manter a qualidade da relação do casal.

Na verdade, o conflito em um casal se constitui algo saudável, entretanto, seu potencial para o crescimento depende da capacidade do casal de regular os conflitos relativos a seus mundos internos, o individual e o compartilhado. Além disso, a tensão oriunda do conflito proporciona igual oportunidade para potenciais criativos e destrutivos (Gomes & Paiva, 2003).

Na sociedade atual, os ideais individualistas entram em conflito com os ideais de complementaridade que embasam a dependência conjugal, tornando cada vez mais complexo o convívio entre individualidade e conjugalidade (Neto, Strey & Magalhães, 2011). Se existir um equilíbrio entre o sentimento de completar o outro e o individualismo, torna-se mais produtiva a interação do casal, inclusive em situações de adversidades, na qual um dos cônjuges pode estar necessitando de uma atenção mais especial.

Em relação a essa questão da valorização da individualidade e da conjugalidade, López (2008, p.43) menciona que:

A busca pela valorização do indivíduo na relação não só pode representar a fragilidade do vínculo conjugal, mas pode também apresentar o desejo de construir uma unidade na qual o prazer pessoal e o vínculo tenham valor. Afinal, na valorização apenas da conjugalidade, os desejos e vontades pessoais, o desejo pessoal pela busca de sua pluralidade se tornam abafadas, e a relação pode pender para um esgotamento pessoal, e em contrapartida, a valorização do indivíduo, que pode ter como resultado o enfraquecimento da relação, pode também construir uma relação satisfatória para ambos os cônjuges.

Diante das informações elencadas, é possível concluir que as relações de intimidade no âmbito da conjugalidade estabelecem o que se pode compreender como um contrato, entretanto, não se trata de um contrato pela tradição, mas, sim, de um contrato pela vontade de estar junto com o outro. Assim sendo, uma relação de conjugalidade bem estabelecida favorece a interação do casal e o enfrentamento de situações adversas, incluindo aquelas relacionadas à presença de doença em um dos cônjuges, como, por exemplo, o câncer de mama na mulher.

O diagnóstico de câncer de mama, especialmente no caso da mulher, propicia mudanças e dificuldades e, conseqüentemente, diversos sentimentos que proporcionam modificações na autoestima, na imagem corporal, nas relações sociais dela e na sexualidade feminina em sua dimensão física e emocional (Moura, Silva, Oliveira & Moura, 2010; Talhaferro, Lemos & Oliveira, 2007).

Considerando que, atualmente, há uma intensa valorização da estética, o culto ao belo é supervalorizado no comportamento tanto das mulheres como dos homens; a mulher que se submete a uma mastectomia pode sentir-se insatisfeita com sua autoimagem, apresentar uma baixa autoestima, sentir-se excluída, visto que a mama é um símbolo da feminilidade.

Discorrendo sobre a imagem corporal da mulher pós-mastectomia, Santos (2010, p.123) faz a seguinte afirmação:

A mulher acometida pelo câncer de mama sente-se, na grande maioria das vezes, vulnerável em sua experiência de viver o feminino. Ao ser atingida pela doença, ela também passa a viver uma condição de inferioridade corporal que se traduz na vergonha do corpo inadequado, no medo da rejeição e do abandono.

É tão significativa a questão da autoimagem nas mulheres mastectomizadas que há um constrangimento da exposição do próprio corpo, sendo comum a sua não visualização diante de um espelho (Santana & Peres, 2013). A ausência da mama e a cicatriz cirúrgica irão interferir de forma negativa na imagem corporal. Na prática, há relatos de mulheres que, após a retirada da mama, não quiseram mais que seus parceiros vissem o seu corpo desnudo.

Normalmente, as mulheres mastectomizadas revelam algum descontentamento com relação à sua autoimagem, sentindo-se menos bonitas e menos atraentes devido à ausência da mama, criando uma espécie de rejeição da nova imagem corporal, o que desencadeia uma baixa autoestima e interfere diretamente na vida sexual. Talhaferro et al. (2007) ressaltaram que a resposta à mutilação é individual e pode estar relacionada à idade, autoadmiração, estado emocional e situação socioeconômica.

Como já foi visto anteriormente, a queda dos cabelos em algumas mulheres, decorrente da ação de medicamentos na quimioterapia, também pode ocasionar um dano emocional de grande relevância. A autoimagem é comprometida, elas se sentem menos femininas e, devido a isso, a maioria delas opta por usar perucas, lenços e chapéus como forma de compensar o visual.

Como tem sido assinalado até o momento, o diagnóstico de câncer de mama provoca nas mulheres um forte impacto psicológico, desencadeando vários sentimentos. Pesquisas anteriores apontam para impotência, insegurança, medo, dúvida, angústia, ansiedade, dor sofrimento e culpa (Caetano et al., 2009; Ramos et al., 2012). Esses sentimentos tendem a continuar após o ato cirúrgico, fazendo-se necessário, além dos cuidados decorrentes da cirurgia, um apoio emocional, com o objetivo de propiciar uma melhor compreensão, adaptação, interação e aceitação da autoimagem.

Ramos et al. (2012) observaram que o temor da extirpação da mama e, conseqüentemente, o aspecto inestético após a mastectomia ocasionam uma piora dos sentimentos negativos das mulheres. Nesse sentido, o cônjuge tem um papel

fundamental na adaptação a essa nova situação, fornecendo apoio emocional, e demonstrando que essa mudança não deve interferir na relação do casal, o que se refletirá positivamente na reabilitação da paciente e na sua relação afetivo-sexual.

A conjugalidade pode ser afetada por diversas situações estressoras, a doença é uma delas. Nesse caso, um indivíduo adoecido, seja o marido, a esposa ou um filho, traz à tona a necessidade de uma atenção especial, tanto no âmbito do casal como no familiar. Considera-se portanto, normal que aconteçam mudanças nos hábitos e comportamentos, sendo necessário priorizar os cuidados com o enfermo.

Quando a mulher recebe o diagnóstico de câncer de mama, há uma alteração na vida do casal. A mesma se vê incapaz de realizar suas funções, sejam domésticas ou profissionais, sua atenção se volta para o tratamento e, de repente, sua vida familiar, conjugal e social fica em segundo plano. O parceiro também muda o comportamento diante da situação. Em alguns casos, há um apoio integral, que é de fundamental importância para a mulher, que interferirá, de modo positivo, durante o tratamento. Já em outros casos, pode ocorrer uma negligência ou até abandono, que tornará esse momento ainda mais difícil para a mulher que, além de enfrentar os problemas da doença, também terá que superar o rompimento do casamento (Santos, 2010).

Nesse contexto, o câncer de mama pode ser citado como um exemplo de fator muito impactante na vida do casal. O diagnóstico da doença acarreta medo, tristeza e uma associação com a finitude. Há mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuges e familiares. Nesse sentido, o apoio do marido auxilia no enfrentamento da doença, funcionando como um aliado que torna esse momento da vida da mulher menos traumático. Muitos homens nessa situação são parceiros e cuidadores, no entanto, se esse suporte não acontecer, a mulher tende a sentir-se mais fragilizada e sem a solidez que espera do relacionamento conjugal (Ferreira, Farago, Reis & Funghetto, 2011).

Qualquer que seja o tratamento proposto para a doença, é comum haver interferência na relação familiar, conjugal, social e profissional da paciente. Como já foi visto, a autoestima e a QV também normalmente estão comprometidas (Molina & Marconi, 2006).

Em relação à conjugalidade, após o diagnóstico da doença, a relação do casal pode desestruturar-se, dando início a novos conflitos, muitas vezes com ocorrência de traição conjugal por parte do marido e até mesmo de separação do casal. Entretanto, nos

relacionamentos em que há diálogo e uma maturidade dos cônjuges, a união tende a ser mais fortalecida (Molina & Marconi, 2006).

López (2008, p. 69) refere a importância do diálogo no vínculo conjugal:

A comunicação é a condição fundamental para a constituição de uma família, de um casal. É através do diálogo, da comunicação que o casal se encontra, cria seus laços e se desenvolve. A comunicação do casal reflete a mecânica das relações estabelecidas. Mais do que troca de informações, é o lugar no qual o cônjuge pode se sentir acolhido, compreendido ou rejeitado. Portanto, aprender a conviver em casal é também aprender a dialogar.

Por esse motivo, a mulher que foi submetida a uma mastectomia, deveria ter um diálogo constante com o seu companheiro, no que diz respeito a todos os temas pertinentes ao relacionamento conjugal, inclusive sobre a doença e a cirurgia. É necessário conversar e compartilhar com o seu cônjuge seus medos, suas dúvidas, entre outros questionamentos. Provavelmente com o diálogo presente na vida do casal, a mulher vai sentir-se amparada e amada.

Além disso, as repercussões psicológicas decorrentes do processo de tratamento do câncer de mama podem interferir no relacionamento afetivo sexual. As mulheres com um relacionamento afetivo estável não sofrem significativas alterações na vida sexual após a doença e o tratamento. Entretanto, se já existe insatisfação conjugal anterior à doença, alterações impactantes ocorrem na vida sexual (Rossi & Santos, 2003). Gradim (2005, p.122) refere que “A sexualidade de um casal vai ser influenciada por alguns fatores como a idade, a saúde física e psicológica e o relacionamento que o casal costuma ter”. São várias as questões que podem interferir na sexualidade do casal após a mulher ter-se submetido a uma mastectomia e, conseqüentemente, irá afetar também a QV dessa mulher.

A sexualidade é um tema pouco abordado pelos profissionais de saúde, que por vezes, direcionam os questionamentos somente em relação aos aspectos físicos, associados ao fato de as próprias pacientes evitarem falar no assunto em questão. As mulheres mastectomizadas têm geralmente dificuldades em relação ao seu desempenho sexual, por ser a mama um órgão de grande importância na sexualidade feminina. Assim sendo, a abordagem de temas relacionados à satisfação sexual dessas mulheres provavelmente ajudará no enfrentamento da doença (Souto, 2003).

Além disso, considerando o fato de que o apoio positivo do cônjuge também favorece o enfrentamento da situação por parte da esposa, e que o abandono dele gera desestruturação emocional dela frente à mastectomia, faz-se necessária uma assistência da equipe multiprofissional ao cônjuge, assim que a companheira é diagnosticada com o câncer e tem indicação da cirurgia (Souto, 2003).

Nesse contexto do câncer de mama, uma relação conjugal com adequada comunicação provê o casal de relações sociais significativas e nível apropriado de apoio material, emocional, econômico, instrumental e de informação, o que medeia positivamente a sua relação com o meio (Scorsolini-Comin & Santos, 2012).

Seguindo essa linha de raciocínio, a história do casal é permeada por acontecimentos significativos relacionados a diversos fatores, que variam desde o nascimento do filho, a relação mãe-bebê, a integração da função paterna, como também a ocorrência de problemas de saúde, que podem promover a eclosão de conflitos, levando a uma necessidade de o casal reorganizar ou não, sua relação vincular (Lisboa & Féres-Carneiro, 2010). No caso de uma neoplasia mamária feminina, é de fundamental importância uma reorganização na vida do casal, pois as mudanças ocorrem em todos os aspectos: social, familiar, profissional e financeiro. E o apoio incondicional do cônjuge favorece para que a mulher se sinta mais forte e disposta para enfrentar todas as etapas do tratamento.

Podemos dizer que a satisfação com o casamento está muito relacionada a sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança, os quais promovem intimidade no relacionamento. Eles devem ser estimulados no sentido de favorecer a congruência entre as expectativas e aspirações dos cônjuges e a realidade vivenciada (Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009). Além disso, a confiança entre os parceiros constitui um dos requisitos fundamentais para a realização do amor e da relação de conjugalidade. Confiando-se, pode-se estabelecer um comportamento de segurança diante dos riscos (Oltramari, 2009).

Nesse sentido, é de grande importância que o casal se encontre em sintonia, permeada de sentimentos de cumplicidade e companheirismo para que o cônjuge possa fornecer suporte à esposa, bem como a mesma sinta-se segura e confiante em seu parceiro. Assim sendo, torna-se possível que ambos se utilizem de estratégias de enfrentamento da doença no sentido de manterem-se unidos, fortalecendo, cada vez mais, a conjugalidade.

Diante do que foi exposto, verifica-se que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama feminino podem interferir na conjugalidade. Para o enfrentamento e superação da situação, o casal necessita de um suporte emocional e um conhecimento a respeito da doença, das etapas do tratamento, reabilitação e do prognóstico.

2- OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a percepção sobre a comunicação e as emoções presentes na conjugalidade por parte de mulheres mastectomizadas, bem como sobre a qualidade de vida pós-cirurgia.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres mastectomizadas entrevistadas.
- Analisar as disfunções físicas e psicológicas provocadas pela mastectomia, sobre a conjugalidade dessas mulheres.
- Avaliar a qualidade de vida das participantes da pesquisa, através da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30 e da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida QLQ-BR23.

3. MÉTODO

O desenho do estudo é do tipo Corte transversal, observacional e de natureza quantitativa, no qual atributos e/ou exposição de interesse e doença e/ou evento estudado são simultaneamente investigados entre os indivíduos de uma dada população. O método quantitativo visa a garantir a precisão dos resultados e evitar distorções de análise e interpretação, proporcionando uma margem de segurança quanto às inferências, com aplicabilidade nos estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis e nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (Richardson e col, 1999).

3.1 *Locus* da Pesquisa

O estudo foi realizado em um hospital público de referência para o tratamento do câncer de mama na cidade do Recife/PE, no período de janeiro a julho de 2014.

3.2 Participantes

A amostra foi composta por 50 mulheres que submetidas à mastectomia que preencheram os critérios de inclusão, tais como: idade entre 30 a 55 anos; submetidas à mastectomia há pelo menos seis meses, atendidas nos ambulatórios do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa. Foram excluídas desta população mulheres com recidiva do câncer de mama e com diagnóstico de outras patologias anteriores à cirurgia.

Para a composição da amostra, foi utilizado o critério de conveniência, intencional ou deliberado. Para Turato (2008, p. 337) “o autor do projeto delibera quem são os sujeitos que comporão seu estudo, ficando livre para escolher entre aqueles cujas características pessoais (dados de identificação biopsicossocial) possam trazer informações sobre o assunto em pauta”.

3.3 Instrumentos

Para a avaliação da conjugalidade, foi utilizado um questionário composto por 28 questões fechadas e estruturadas em tópicos. As perguntas são de ordem afetivo-emocional, história clínica e hábitos da vida conjugal e familiar da participante. Esse instrumento foi adaptado do questionário utilizado em pesquisa realizada na cidade de São Paulo (Cervený; Berthoud, et al, 1997) e aplicado em pesquisa PIBIC/UNICAP (Lima; Amazonas, 2003). Dessa forma, não necessitou ser testado através de uma aplicação piloto (Apêndice A).

Para a avaliação da QV foram utilizados dois questionários, versões em português, fornecidos pelo grupo de pesquisa em QV da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life* (EORTC), responsável pela elaboração dos questionários, após autorização prévia dessa equipe para uso exclusivo nessa pesquisa. Numa sequência, o primeiro foi o questionário EORTC QLQ-C30 versão 3.0, instrumento de direito autoral, traduzido e validado em 81 idiomas e foi utilizado em mais de três mil estudos em todo o mundo. Está disponibilizado em língua portuguesa (Brasil). Composto por 30 questões, o questionário apresenta cinco escalas funcionais (física, papel/desempenho, emocional, cognitiva e social) constituindo quinze itens; nove escalas de sintomas/itens simples (fadiga, náusea e vômito, dor, falta de ar, insônia, falta de apetite, constipação, diarreia e dificuldade financeira) compondo treze itens; uma escala de qualidade de vida global: saúde geral e QV, formando dois itens. Os itens de um a vinte e oito estão na Escala Likert de quatro pontos. Os itens de números vinte e nove e trinta estão na Escala Likert de sete pontos (Anexo 1).

Dando continuidade à avaliação da QV, o segundo foi o EORTC QLQ-BR23 versão 1.0 composto por 23 questões, específico para o câncer de mama. Instrumento de avaliação autorizado para uso no Brasil, conforme dito no parágrafo anterior. O questionário apresenta quatro escalas funcionais (imagem corporal, função sexual, satisfação sexual e perspectivas futuras) compondo dezesseis itens; quatro escalas de sintomas (mensurar efeitos colaterais da quimioterapia, sintomas relacionados ao braço e à mama e distúrbio pela perda de cabelo) com um total de sete itens. As respostas estão classificadas numa escala Likert de quatro pontos (Anexo 2).

3.4 Variáveis

- Autoimagem
- Sintomas depressivos
- Sexualidade
- Conjugalidade

3.5 Procedimentos para a coleta dos dados

Foram realizadas visitas ao hospital com o intuito de explanar sobre a importância do estudo. A pesquisadora dialogou com a coordenadora de ensino e pesquisa, com o diretor do hospital e com os profissionais responsáveis pelas chefias dos ambulatórios de mastologia e fisioterapia, com a finalidade de obter a autorização para a realização da pesquisa.

Após o aceite do hospital, deu-se seguimento à pesquisa através das visitas no ambulatório de mastologia e no ambulatório de fisioterapia, no qual foi realizada uma conversa prévia com as mulheres, visando à seleção da amostra de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A próxima etapa foi a explicação para as mulheres mastectomizadas dos objetivos e benefícios da pesquisa. Em seguida, foi feito o convite verbal e as que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B). Nesse momento foi marcado dia e local para o início das aplicações dos instrumentos.

Os questionários foram aplicados individualmente e em local adequado do próprio hospital, por conveniência das pacientes, gastando em média 40 minutos para serem respondidos. Para manter o sigilo e a proteção das participantes, a pesquisadora utilizou números para a identificação de cada questionário.

3.6 Procedimentos para análise dos dados

Para a análise estatística, foram utilizados os Softwares SPSS 13.0 para Windows e o Excel 2010. Os resultados foram inicialmente avaliados através de uma análise descritiva, baseada na composição de tabelas de frequência ou gráficos, além do cálculo de algumas medidas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimo e

máximo de série). Para avaliação de significância estatística para as estimativas realizadas foram utilizados os intervalos de confiança a 95% e o valor de 0,05 para a probabilidade associada aos testes (valor de p). Para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas foram utilizados o, Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher e, na comparação dos grupos, o Teste de Mann-Whitney (Não Normal).

Os escores dos domínios do QLQ-C30 e do BR-23 foram calculados baseando-se no Manual dos Escores do EORTC. Todas as médias dos escores foram transformadas linearmente em uma escala de 0 a 100 pontos, conforme descrito no manual (European Organization for Research and Treatment of Cancer).

3.7 Critérios Éticos

Para realização desta pesquisa foram obedecidas as orientações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, na qual a pessoa autônoma tem o direito de consentir ou recusar a dar entrevista a qualquer momento, sendo esclarecido que não ocorrerá penalização e/ou prejuízo terapêutico nos casos de desistência e não haverá nenhum instrumento que afete ou venha a afetar sua integridade física, psíquica ou social.

O projeto foi aprovado sob o nº do CAAE: 24268413.6.0000.5206 e Parecer do Comitê de Ética da UNICAP nº 475.024 (Anexo 3).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesse tópico, descrevemos a análise das respostas dos três questionários respondidos pelas participantes. Diante dos resultados encontrados, foi realizada uma discussão dos temas relevantes da pesquisa. Iniciaremos com a caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres submetidas à mastectomia.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das mulheres submetidas à mastectomia.

Características	n / (%)
Idade	
De 30 a 35 anos	3 (6,0%)
De 36 a 40 anos	3 (6,0%)
De 41 a 45 anos	10 (20,0%)
De 45 a 55 anos	34 (68,0%)
Escolaridade *	
Ensino fundamental completo	12 (32,4%)
Ensino médio completo	17 (46,0%)
Ensino superior	8 (21,6%)
Local de residência	
Recife	5 (10,0%)
Região metropolitana do Recife	23 (46,0%)
Interior	22 (44,0%)
Tipo de união conjugal	
União civil e religiosa	15 (30,0%)
Só união civil	17 (34,0%)
Só união religiosa	1 (2,0%)
União não formalizada	17 (34,0%)
Arranjo familiar	
Primeira união	5 (70,0%)
Segunda união	13 (26,0%)
Terceira ou mais	2 (4,0%)
Tempo de união	

Até 15 anos	14 (28,0%)
16 anos ou mais	36 (72,0%)
Número de filhos	
Nenhum	14 (28,0%)
De 1 a 2 filhos	29 (58,0%)
3 filhos ou mais	7 (14,0%)

(*) Das 50 mulheres, 13 não tinham a escolaridade mínima solicitada pelo questionário. Dessa forma, não responderam as questões referentes a escolaridade.

O perfil da amostra foi composto por 68% (n=34) das mulheres com idade acima de 45 anos. Quanto à escolaridade, 46% (n=17) delas referiram ter o ensino médio completo, 56% (n=28) eram procedentes do Recife e Região metropolitana do Recife. Em relação ao arranjo familiar atual, 70% (n=35) das mulheres vivem a primeira união. Segundo o tipo de união, 34% (n=17) tinham união não formalizada e 30% (n=15) união civil e religiosa, mais da metade da amostra referiu ter um tempo de união acima de 16 anos e a maioria das mulheres 58% (n= 29) tinha entre um e dois filhos (tabela 1).

Tabela 2. Características do relacionamento conjugal da mulher mastectomizada.

Características	n / (%)
Relação antes da mastectomia	
Amorosa e amigável	39 (78,0%)
Fria e distante	4 (8,0%)
Acomodada	7 (14,0%)
Relação depois da mastectomia	
Amorosa e amigável	27 (54,0%)
Fria e distante	11 (22,0%)
Acomodada	12 (24,0%)
Situação da relação atual	
Diálogo constante	29 (58,0%)
Diálogo frequente	4 (8,0%)
Falta de diálogo	16 (32,0%)
Outro	1 (2,0%)

Vida sexual atual

Muito boa	17 (34,7%)
Razoável	17 (34,7%)
Abaixo das expectativas	10 (20,4%)
Outras	6 (12,2%)

Em relação ao lazer

Faz programação conjunta frequentemente	15 (30,0%)
Faz programação conjunta ocasionalmente	18 (36,0%)
Permite-se programação em separado	15 (30,0%)
Outras	2 (4,0%)

O que há de melhor na relação do casal *

Amor/Sexo	4 (8,5%)
Objetivos de vida comum	3 (6,4%)
Companheirismo	39 (83,0%)
Outras	1 (2,1%)

Enfrenta dificuldades como casal **

Não	20 (42,5%)
Sim	27 (57,5%)

Com os filhos	6 (22,2%)
Com o cônjuge	13 (48,2%)
Outros	8 (29,6%)

Que reclamação teria na relação do casal

Não há reclamação	18 (36,0%)
Há reclamação	32 (64,0%)
Falta de diálogo	13 (40,6%)
Falta de carinho	10 (31,3%)
Relacionamento ruim	5 (15,6%)
Outras	4 (12,5%)

Assunto que é evitado no relacionamento

Não há assunto evitado	13 (26,0%)
Há assunto evitado	37 (74,0%)
Sexo	8 (21,6%)
Separação	11 (29,7%)

Mastectomia	14 (37,8%)
Outros	4 (10,8%)
Principal dificuldade que o casal vivencia atualmente	
Não vivencia dificuldades	12 (24,0%)
Vivencia dificuldades	38 (76,0%)
Falta de tempo para o lazer	13 (34,2%)
Problemas de relacionamento	9 (23,7%)
Crises pessoais	9 (23,7%)
Outros	7 (18,4%)

* Na pergunta, o que há de melhor na relação do casal?, 3 mulheres optaram em não responder a essa questão.

** Na pergunta, enfrenta dificuldades como casal?, 3 mulheres optaram em não responder a essa questão.

Quando questionadas em relação ao seu relacionamento conjugal, temos que 78% (n=39) relataram ter uma relação amigável e amorosa antes da mastectomia, entretanto, depois da mastectomia, esse percentual caiu para 54% (n=27). Porém ele continuou sendo o mais relatado entre elas, e 52% (n=26) referiram que a relação era amigável e amorosa antes e depois da mastectomia. No que diz respeito à situação atual do casal quanto ao diálogo, 58% (n =29) disseram ter diálogo constante, e quanto à vida sexual 20,4% (n =10) consideraram como abaixo das expectativas, 36% (n=18) faziam programação conjunta ocasionalmente, a maioria 83% (n= 39) referiram que o que há de melhor na relação é o companheirismo. Quando questionadas sobre as dificuldades que enfrentam como casal, mais da metade, 57,5% (n= 27) disseram ter dificuldades relacionadas principalmente com o cônjuge 48,2% (n=13); 64,0% (n=32) reclamaram sobre a relação do casal e dessas 40,6% (n=13) disseram que existia falta de diálogo entre o casal. O fato de ter realizado a mastectomia era um assunto evitado por 74% (n=37) destas mulheres. E, entre as principais dificuldades vivenciadas pelo casal, 34,2% (n=13) afirmaram ser a falta de tempo para o lazer (tabela 2).

Tabela 3. Análise descritiva dos domínios da escala funcional e de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23 em mulheres submetidas à mastectomia.

Escala	Domínio	Média ± dp
Escala funcional	Imagem corporal	61,7 ± 32,4
	Função sexual	52,0 ± 33,8
	Satisfação sexual	30,5 ± 24,7
	Perspectivas futuras	42,7 ± 43,1
Escala de sintomas	Eventos adversos da terapia sistêmica	29,4 ± 19,6
	Sintomas da mama	23,5 ± 19,6
	Sintomas do braço	38,9 ± 30,3
	Queda do cabelo	38,3 ± 40,8

dp: desvio padrão

Na tabela 3, são descritos os domínios do questionário EORTC-QLQ-BR23, padronizados numa escala de 0 a 100. No item escala funcional, observou-se que a mulher mastectomizada tem uma boa imagem corporal (escore médio de 61,7 ± 32,4), porém com escore mediano quanto à função sexual (escore médio 52,0 ± 33,8), e baixos para a satisfação sexual (escore médio 30,5 ± 24,7) e perspectivas futuras (escore médio 42,7 ± 43,1). Quanto à escala de sintomas, considerando que um maior escore significa um maior nível de sintomatologia, verificou-se que os escores foram baixos para os eventos adversos da terapia sistêmica (escore médio 29,4 ± 19,6) e para sintomas da mama (escore médio 23,5 ± 19,6), tendo os sintomas do braço (escore médio 38,9 ± 30,3) e queda de cabelo (escore médio de 38,3 ± 40,8) como os mais pontuados.

Tabela 4. Análise descritiva dos domínios da escala funcional e de sintomas do questionário EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.

Escala	Domínio	Média ± dp
Escala funcional	Função física	71,2 ± 17,5
	Desempenho de papéis	63,0 ± 30,5
	Função emocional	59,0 ± 30,1
	Função cognitiva	65,7 ± 30,7
	Função social	87,0 ± 22,7
	Situação financeira	66,7 ± 40,4
Escala de sintomas	Fadiga	33,5 ± 27,1
	Perda de apetite	16,0 ± 31,0
	Insônia	38,7 ± 43,3
	Dor	43,7 ± 36,2
	Náusea e vômito	8,3 ± 14,0
	Dispneia	14,7 ± 27,9
	Constipação	33,3 ± 42,6
	Diarreia	7,3 ± 19,4

dp: desvio padrão

Quando analisados os dados do questionário EORTC-QLQ-C30, obteve-se uma média global de saúde e QV próxima de 70% (escore médio de 68,5 ± 22,1). Quanto à escala funcional, as maiores pontuações médias foram da função social (escore médio de 87,0 ± 22,7) e função física (escore médio de 71,2 ± 17,5), enquanto que a função

emocional (escore médio de $59,0 \pm 30,1$) e de desempenho de papéis (escore médio de $63,0 \pm 30,5$) foram as que obtiveram menores escores médios. Na escala de sintomas os mais pontuados, ou seja, os que se mostraram mais frequentes para as pesquisadas foram a dor (escore médio $43,7 \pm 36,2$) e a insônia (escore médio $38,7 \pm 43,3$), seguidos da fadiga (escore médio $33,5 \pm 27,1$) e constipação (escore médio $33,3 \pm 42,6$). A perda de apetite (escore médio $16,0 \pm 31,0$), náuseas e vômito (escore médio $8,3 \pm 14,0$) e diarreia (escore médio $7,3 \pm 19,4$) foram os menos pontuados (tabela 4).

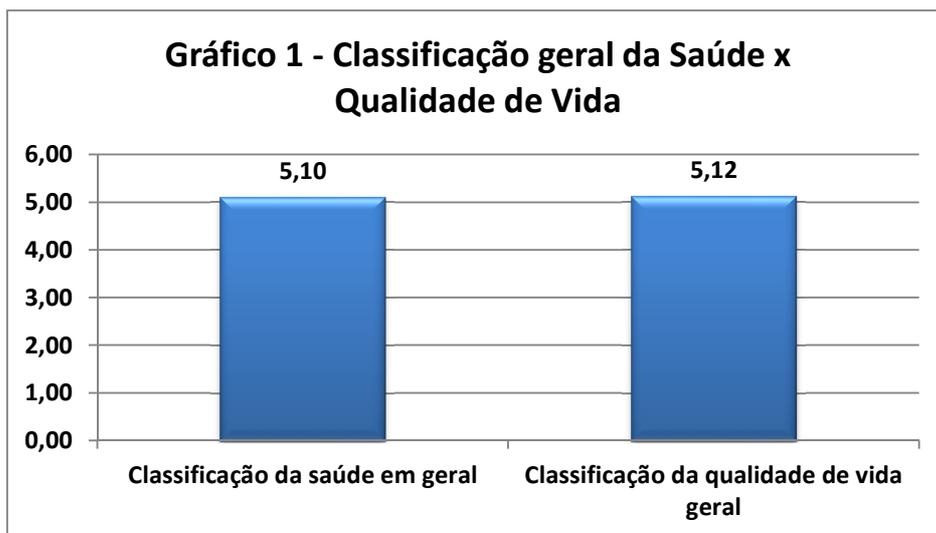
Tabela 5. Associação das características das mulheres submetidas à mastectomia em relação à medida global de saúde e QV do questionário EORTC-QLQ-C30.

Características	Medida global	p-valor
Idade		
Até 45 anos	$67,7 \pm 13,2$	0,864
> 45 anos	$68,9 \pm 25,4$	
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	$66,0 \pm 21,4$	0,465
Ensino médio ou superior	$71,0 \pm 18,3$	
Local de residência		
Recife e RMR	$64,9 \pm 24,3$	0,194
Interior	$73,1 \pm 18,4$	
Tem filhos		
Não	$64,9 \pm 18,8$	0,476
Sim	$69,9 \pm 23,3$	

Na associação entre as características das mulheres mastectomizadas em relação à média global de saúde e QV do questionário EORTC-QLQ-C30, observou-se que não

houve diferença estatística significativa quando comparadas a medida global de saúde e QV em relação à idade, escolaridade, local de residência ou a condição de ter filhos (tabela 5).

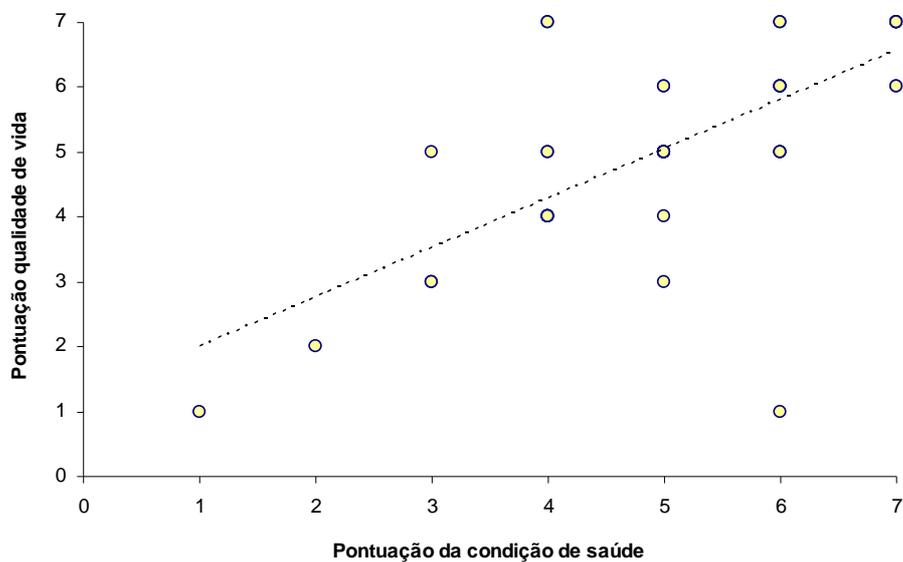
Gráfico 1 – Classificação geral da saúde x Qualidade de vida do questionário EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.



Não houve diferença estatística significativa (p -valor = 0,805 (Teste de Mann-Whitney)).

No gráfico 1, tem-se a distribuição da frequência dos escores relacionados à QV e saúde em geral. Temos que a maioria das mulheres indicou os escores 5 ou 6 como medidas representativas do seu estado pós-mastectomia. Dessa forma, tanto a saúde em geral e a QV tiveram os escores próximos de uma ótima condição (nesse item do questionário, a pontuação 7 representa ótima condição de saúde e QV).

Gráfico 2. Correlação da pontuação da medida global de saúde e qualidade de vida do EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.



Coefficiente de correlação de Spearman = 0,699 ($p < 0,001$)

Na correlação entre os escores de QV e saúde, observou-se uma forte correlação entre eles ($r = 0,699$) indicando que elas tiveram uma boa avaliação em relação à qualidade de saúde e QV (gráfico 2).

Tabela 6 – Frequência dos domínios da escala funcional e da escala de sintomas (por item) do questionário EORTC-QLQ-C30 em mulheres submetidas à mastectomia.

Variáveis	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Função Física				
Q1	6 (12,0)	4 (8,0)	12 (24,0)	28 (56,0)
Q2	17 (34,0)	12 (24,0)	10 (20,0)	11 (22,0)
Q3	36 (72,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	2 (4,0)
Q4	46 (92,0)	1 (2,0)	3 (6,0)	0 (0,0)
Q5	46 (92,0)	1 (2,0)	1 (2,0)	2 (4,0)
Desempenho de Papéis				
Q6	17 (34,0)	11 (22,0)	11 (22,0)	11 (22,0)
Q7	27 (54,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	8 (16,0)
Função Emocional				
Q21	14 (28,0)	13 (26,0)	12 (24,0)	11 (22,0)
Q22	9 (18,0)	17 (34,0)	11 (22,0)	13 (26,0)
Q23	21 (42,0)	10 (20,0)	9 (18,0)	10 (20,0)
Q24	28 (56,0)	9 (18,0)	8 (16,0)	5 (10,0)
Função Cognitiva				
Q20	31 (62,0)	5 (10,0)	9 (18,0)	5 (10,0)
Q25	15 (30,0)	16 (32,0)	8 (16,0)	11 (22,0)
Função Social				
Q26	42 (84,0)	4 (8,0)	3 (6,0)	1 (2,0)
Q27	35 (70,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	3 (6,0)
Função Financeira				
Q28	25 (50,0)	11 (22,0)	3 (6,0)	11 (22,0)
Fadiga				
Q10	22 (44,0)	11 (22,0)	10 (20,0)	7 (14,0)
Q12	25 (50,0)	8 (16,0)	9 (18,0)	8 (16,0)
Q18	21 (42,0)	14 (28,0)	10 (20,0)	5 (10,0)
Perda de Apetite				
Q13	37 (74,0)	6 (12,0)	3 (6,0)	4 (8,0)
Insônia				
Q11	24 (48,0)	8 (16,0)	4 (8,0)	14 (28,0)
Dor				
Q9	14 (28,0)	11 (22,0)	9 (18,0)	16 (32,0)
Q19	25 (50,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	10 (20,0)
Náuseas e Vômitos				
Q14	34 (68,0)	10 (20,0)	4 (8,0)	2 (4,0)
Q15	49 (98,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Dispneia				
Q8	37 (74,0)	6 (12,0)	5 (10,0)	2 (4,0)
Constipação				
Q16	28 (56,0)	6 (12,0)	4 (8,0)	12 (24,0)
Diarreia				
Q17	42 (84,0)	6 (12,0)	1 (2,0)	1 (2,0)

No que diz respeito ao questionário EORTC-QLQ-C30, pode-se descrever que, nos domínios da escala funcional, foi visto que, na função física, 88% das entrevistadas referiram dificuldade quando faz grandes esforços e 66% relataram dificuldade quando fazem uma longa caminhada. Porém 72% disseram não ter tido dificuldade quando faziam uma curta caminhada fora de casa, 92% referiram que não tinham que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia e que também não precisavam de ajuda para se alimentar, vestir-se, lavar-se ou usar o banheiro. Em relação ao domínio desempenho dos papéis, 66% relataram ser difícil fazer suas atividades diárias, entretanto, 54% disseram não ter sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer.

Em se tratando da função emocional, 72% referiram que estiveram nervosas, 82% preocupadas e 58% se irritavam facilmente; por outro lado, 56% disseram que não se sentiam deprimidas. Na função cognitiva, 62% relataram não ter tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão, todavia, 70% tinham dificuldade de se lembrar das coisas. E, na função social, 84% referiram que sua condição física ou o tratamento médico não interferiram em sua vida familiar e 70% relataram que sua condição física ou o tratamento médico não interferiram em suas atividades sociais. No domínio situação financeira, 50% disseram que sua condição física ou o tratamento médico acarretaram dificuldades financeiras.

Quando avaliada a escala de sintomas, tem-se que: no item fadiga, 56% precisaram repousar, 50% se sentiram fracas e 58% estiveram cansadas. Na questão da perda de apetite, 74% negaram esse sintoma e, em relação à insônia, 52% referiram estar com problemas para dormir. No item dor, 72% relataram ter tido dor e 50% disseram que a dor interferiu em suas atividades diárias. Quando questionadas com relação a náuseas e vômitos, 68% referiram não ter sentido enjoos e 98% não ter tido vômitos. No tocante à dispneia, 74% disseram não ter tido falta de ar. No item constipação, 56% negaram esse sintoma. E, por fim, a diarreia foi negada por 84% das mulheres entrevistadas (Tabela 6).

Tabela 7 – Frequência dos domínios da escala funcional e da escala de sintomas (por item) do questionário EORTC-QLQ-BR23 em mulheres submetidas à mastectomia.

Variáveis	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Imagem Corporal				
Q9	29 (58,0)	6 (12,0)	7 (14,0)	8 (16,0)
Q10	27 (54,0)	6 (12,0)	9 (18,0)	8 (16,0)
Q11	22 (44,0)	2 (4,0)	7 (14,0)	19 (38,0)
Q12	21 (42,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	14 (28,0)
Função Sexual				
Q14	13 (26,0)	12 (24,0)	14 (28,0)	11 (22,0)
Q15	15 (30,0)	7 (14,0)	20 (40,0)	8 (16,0)
Satisfação Sexual				
Q16	1 (2,9)	5 (14,3)	19 (54,3)	10 (28,6)
Perspectivas futuras				
Q13	13 (26,0)	11 (22,0)	3 (6,0)	23 (46,0)
Eventos adversos da terapia sistêmica				
Q1	24 (48,0)	9 (18,0)	7 (14,0)	10 (20,0)
Q2	41 (82,0)	4 (8,0)	4 (8,0)	1 (2,0)
Q3	27 (54,0)	7 (14,0)	10 (20,0)	6 (12,0)
Q4	30 (60,0)	8 (16,0)	6 (12,0)	6 (12,0)
Q5	8 (40,0)	6 (30,0)	1 (5,0)	5 (25,0)
Q6	22 (44,0)	15 (30,0)	10 (20,0)	3 (6,0)
Q7	21(42,0)	9 (18,0)	7 (14,0)	13 (26,0)
Q8	21 (42,0)	14 (28,0)	7 (14,0)	8 (16,0)
Sintomas da Mama				
Q20	22 (44,0)	11 (22,0)	11 (22,0)	6 (12,0)
Q21	41 (82,0)	7 (14,0)	1 (2,0)	1(2,0)
Q22	22 (44,0)	15 (30,0)	7(14,0)	6 (12,0)
Q23	36 (72,0)	4 (8,0)	3 (6,0)	7 (14,0)
Sintomas do Braço				
Q17	15 (30,0)	8 (16,0)	5 (10,0)	22 (44,0)
Q18	31 (62,0)	9 (18,0)	4 (8,0)	6 (12,0)
Q19	24 (48,0)	7 (14,0)	8 (16,0)	11 (22,0)

Na tabela 7, com relação aos domínios da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23, pode-se descrever que, em relação aos eventos adversos da terapia sistêmica, 82% referiram que não houve alteração no sabor da comida e bebida, 54% não relataram olhos doloridos, irritados ou lacrimejantes. Entretanto, 52% citaram a

boca seca, além disso, 56% sentiram-se doentes ou indispostas e 58% com dor de cabeça e arrepios de calor. 60% das mulheres negaram queda de cabelo.

No domínio relacionado à imagem corporal, 58% referiram não se sentirem menos bonita devido à doença ou ao tratamento e 54% não se sentiram menos mulher como resultado da sua doença ou o tratamento. Por outro lado, 56% disseram ser difícil observar-se nua e 58% sentiram-se insatisfeita com seu corpo.

Quando pesquisadas sobre sua função sexual, 74% referiram sentir desejo sexual e 70% disseram ser sexualmente ativa. Das mulheres sexualmente ativas, 97,2 relataram que o sexo era satisfatório.

No domínio sintomas do braço, 70% relataram sentir dores no braço ou ombro e 52% apresentavam dificuldade para levantar ou abrir o braço, porém 62% referiram não sentir braço ou mão inchados. E em relação aos sintomas da mama, 56% disseram sentir dores na área do seio doente e o seio doente demasiado sensível; por outro lado, 82% relataram não sentir a área do seio doente inchado e 72% não tinham problemas de pele na área ou no seio doente. E, por fim, 74% referiram preocupar-se com a sua saúde futura.

Tabela 8 – Associações entre as questões do domínio da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23.

Variáveis	Se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento		p-valor
	Moderado / Muito n (%)	Não / Pouco n (%)	
Até que ponto o sexo foi satisfatório para você			
Moderado / Muito	8 (80,0)	21 (84,0)	1,000 *
Não / Pouco	2 (20,0)	4 (16,0)	
Até que ponto sentiu desejo sexual			
Moderado / Muito	6 (40,0)	19 (54,3)	0,537 **
Não / Pouco	9 (60,0)	16 (54,7)	
Sentiu-se insatisfeita com seu corpo			
Moderado / Muito	12 (80,0)	10 (28,6)	0,002 **
Não / Pouco	3 (20,0)	25 (71,4)	
Sentiu-se preocupada com sua saúde futura			
Moderado / Muito	14 (93,3)	12 (34,3)	< 0,001 **
Não / Pouco	1 (6,7)	23 (65,7)	

(*) Teste Exato de Fisher (**) Teste Qui-Quadrado

Na tabela 8, são descritas as associações entre as questões do domínio da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23. Pôde ser observada uma associação significativa ($p=0,00$) relacionada à condição da mulher ter se sentido menos bonita devido à sua doença ou ao tratamento e à insatisfação com o corpo. A associação com o sentimento de a mulher estar menos bonita se observou quando relacionado à preocupação com o futuro, no qual, quase a totalidade das mulheres que se sentiram muito menos bonitas também se preocupavam muito com sua condição no futuro.

Tabela 9 – Associações entre as questões do domínio da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23.

Variáveis	Sentiu-se preocupada com sua saúde futura		p-valor
	Moderado / Muito n (%)	Não / Pouco n (%)	
Até que ponto sentiu desejo sexual			
Moderado / Muito	11 (42,3)	14 (58,3)	0,396 **
Não / Pouco	15 (57,7)	10 (41,7)	
Sentiu-se menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento			
Moderado / Muito	11 (42,3)	6 (25,0)	0,321 **
Não / Pouco	15 (57,7)	18 (75,0)	
Achou difícil observar-se nua			
Moderado / Muito	21 (80,8)	5 (20,8)	< 0,001 **
Não / Pouco	5 (19,2)	19 (79,2)	

(**) Teste Qui-Quadrado

Na tabela 9, houve uma associação estatisticamente significativa ($p=0,00$) em relação à preocupação com a sua saúde futura e a sua opinião de achar difícil se observar nua. O seu desejo sexual e o fato de sentir-se menos mulher como resultado da doença ou tratamento não estiveram associados com a preocupação com a sua saúde futura.

DISCUSSÃO

No presente estudo, as mulheres entrevistadas estavam com seis meses ou mais pós-mastectomia. O perfil sócioeconômico das entrevistadas foi composto predominantemente por mulheres com idade acima de 45 anos, ensino fundamental completo, procedentes do Recife e da região metropolitana do Recife. Em relação à sua situação conjugal, 34,0% viviam em união consensual e 70,0% se encontravam na primeira união, e 58,0% tinham 1 ou 2 filhos. Nenhum desses fatores esteve associado à medida global de saúde e QV.

Na análise da conjugalidade antes e após a mastectomia, para 78,0% das mulheres, a relação do casal antes da mastectomia se apresentava amorosa e amigável, apesar de haver um decréscimo nesse percentual, 1 depois da mastectomia, foi visto que 52% referiram que a relação era amigável e amorosa antes e depois da mastectomia; 54,0% referiram, na situação atual, ter um diálogo constante com o cônjuge. Por outro lado, 37,8% das mulheres evitaram falar da mastectomia com o seu cônjuge.

Todas as fases que a mulher acometida pelo câncer de mama experimenta, desde o diagnóstico, tratamento e reabilitação, impõem mudanças na vida do casal, e, provavelmente, o companheirismo e o diálogo constante entre os casais foram importantes para o enfrentamento da doença e uma boa vivência da conjugalidade. É possível que o não falar da mastectomia seja uma forma de não recordar os momentos de sofrimento vividos por eles. Ferreira (2007) observou em seu estudo, que os casais dialogavam na fase de tratamento da doença da mulher, porém evitavam falar do câncer, pois esse assunto parecia que fazia mal aos participantes.

Molina e Marconi (2006), em sua pesquisa, confirmaram a importância desse apoio marital, pois as suas participantes referiram que, ao receber o diagnóstico da neoplasia, houve um apoio dos seus companheiros e também um fortalecimento da relação do casal. E com o sofrimento trazido pela doença, os homens mudaram seus comportamentos e atitudes, foram mais solícitos e compreensivos nas situações mais difíceis do tratamento. Dados esses semelhantes aos encontrados na presente pesquisa.

No tocante à vida sexual, 68,0% referiram ser muito boa ou razoável. Em relação ao lazer, 36,0% disseram fazer programação conjunta ocasionalmente. E 83,0% disseram que o companheirismo é o que há de melhor na relação do casal. A maioria das mulheres referiu sentir desejo sexual e eram sexualmente ativas. Das mulheres

sexualmente ativas, 97,2 relataram que o sexo era satisfatório. Então, vimos que essas mulheres, apesar da interferência que o câncer proporcionou em todos os âmbitos das suas vidas, tinham relacionamentos afetivo-sexuais satisfatórios com os seus cônjuges. Prado (2002), em sua pesquisa, verificou ser a amizade e o companheirismo os pontos que se tornaram mais fortes e evidentes na relação do casal. Entretanto, houve uma diminuição da frequência e da qualidade do relacionamento sexual.

Na correlação entre a avaliação da saúde e QV no EORTC-QLQ-C30, foram observados escores de 5 a 6, indicando que uma melhor avaliação da saúde traduziu-se numa melhor qualidade de vida. Dados esses comprovados devido a uma forte correlação entre eles ($r=0,699$). Isso pode ser atribuído ao fato de essas mulheres estarem em uma fase em que a mastectomia tinha mais seis meses, já tinham passado pelo impacto do diagnóstico e estavam num momento mais confiantes em relação à doença. Rossi e Santos (2003) mencionaram que após o tratamento do câncer de mama, ocorrem mudanças negativas e positivas. E que, apesar dos efeitos deletérios decorrentes do adoecimento e do tratamento, as mulheres entrevistadas no seu estudo tinham uma expectativa otimista com relação ao futuro.

Chama a atenção no questionário EORTC-QLQ-C30 o comprometimento da função emocional, visto que as mulheres referiram sentir-se nervosas, preocupadas e facilmente irritáveis. Em relação ao desempenho de suas atividades da vida diária, 66,0% disseram ser difícil executar essas atividades, o que pode ser atribuído à dor, visto que 72,0% relataram ter dor e 50,0% disseram que essa dor interferia nas AVDs. A dor foi, portanto, um fator limitante, que favoreceu uma alteração emocional, pois dificultava a realização das suas AVDs.

Apesar de a pesquisa ter sido realizada numa fase tardia do pós-operatório, as mulheres mastectomizadas referiram queixas de dores, edema e dificuldade em relação aos movimentos do membro superior homolateral à cirurgia que, conseqüentemente, interferem nas AVDs dessas mulheres. Complicações decorrentes do tratamento podem estar relacionadas com esse evento como, por exemplo, desenvolvimento do linfedema. Podemos verificar a existência dessas complicações na pesquisa de Batiston e Santiago (2005), que estudaram os prontuários médicos e fichas de avaliação fisioterapêutica de 160 mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico de câncer de mama. Constataram que grande parte das mulheres apresentou limitação da amplitude de movimento (ADM) do ombro homolateral à cirurgia, dor, alterações sensitivas e aderência cicatricial.

Quando questionadas com relação à sua imagem corporal, pode-se destacar que, dentre as mulheres que referiram queda de cabelo, 60,0% sentiram-se perturbadas pela queda do cabelo, bem como 56,0% tinham dificuldade de observar-se nua e 58,0% da amostra se sentiam insatisfeitas com o seu corpo. As mulheres submetidas à quimioterapia para o tratamento do câncer de mama estão sujeitas a vários efeitos adversos, entre eles, a queda do cabelo, que tem um grande impacto na feminilidade e na autoestima. Ferreira et al. (2011) relataram que as mulheres da sua pesquisa consideraram a queda do cabelo como o momento mais significativo de perda.

Ainda em relação à imagem corporal, a mastectomia é um procedimento com repercussões físicas e psicológicas relevantes, é a extirpação de um órgão que tem vários e importantes significados para a mulher. Desta forma, pode ser observado um comportamento de insatisfação com a nova imagem corporal, diante da visualização do corpo desnudo frente ao espelho e também da exposição dele para o seu parceiro. Em seu estudo, Ferreira et al. (2011) verificaram, nas mulheres entrevistadas, sentimentos de mutilação, constrangimento e preconceito decorrentes da retirada da mama, interferindo no seu desempenho e desejo sexual.

Quando realizada a associação entre as questões do domínio da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23, foi possível observar uma associação estatisticamente significativa com o fato das entrevistadas se sentirem prejudicadas na sua saúde futura e com o fato de achar difícil observar-se nua, o que pode levar a crer que as mulheres se preocupavam como a sua imagem corporal poderia afetar a sua saúde no futuro. Observou-se que as entrevistadas relatam ter uma boa imagem corporal, entretanto, essa imagem afeta as suas perspectivas futuras. Esse achado indica que os comprometimentos tanto no âmbito físico quanto psicológico devem ser valorizados e abordados terapeuticamente nessas mulheres. Moura, Silva, Oliveira e Moura (2010) verificaram, em grande parte das mulheres do seu estudo, o comprometimento negativo da autoestima devido a sentimentos de rejeição e inferioridade decorrentes da extirpação da mama. Frustração, desânimo, vergonha, desvalorização da autoimagem do próprio corpo, não aceitação da condição atual e alterações na sexualidade também foram citados nas entrevistas.

Em síntese, na presente pesquisa, vários aspectos importantes foram identificados na conjugalidade e na QV das participantes.

O relacionamento com o cônjuge foi marcado por alterações antes e após a mastectomia, entretanto, 52,0% das mulheres referiram não ter havido mudanças nas suas relações, que permaneceram amorosas e amigáveis após a cirurgia.

Foi visto que, uma boa parte das mulheres relataram haver companheirismo e diálogo constante com o cônjuge após a cirurgia, entretanto, uma questão muito importante e impactante é que muitas não conversavam a respeito da mastectomia.

Outros achados pertinentes foram a dor física, que se reflete na dificuldade de realizar as atividades de vida diária, bem como a presença de nervosismo, irritação e preocupação. Contudo, as avaliações acerca da saúde e da QV tiveram bons resultados, com uma forte correlação entre esses dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mastectomia é apontada como uma das opções de tratamento do câncer de mama feminina, sendo que esse procedimento desencadeia várias repercussões físicas e psicológicas, que podem interferir na vida conjugal, familiar, social e profissional dessas mulheres.

O presente estudo buscou analisar a comunicação e as emoções presentes na dinâmica conjugal de mulheres mastectomizadas e a sua QV após a cirurgia, considerando que se trata de um tema de grande relevância, tendo em vista o crescimento da morbimortalidade de mulheres por câncer de mama.

A presente pesquisa identificou relevantes aspectos que as mulheres mastectomizadas vivenciam após o diagnóstico da neoplasia. Diante desses resultados, vale ressaltar que possíveis mudanças podem ocorrer na conjugalidade e na QV dessas mulheres.

Após a análise dos dados da presente pesquisa, observou-se que o companheirismo do cônjuge e o diálogo constante com ele foram itens importantes citados pelas entrevistadas. A presença desses comportamentos na conjugalidade é importante para as mulheres desde o momento do diagnóstico. Além disso, apesar de referirem dialogar com seus parceiros, falar da mastectomia com eles é um assunto que é evitado, o que leva a crer que conversar a respeito da extirpação da mama ainda se constitui um assunto conflitante.

A autoimagem é apontada como uma questão que causa um grande sofrimento psicológico na vida dessas mulheres. A aparência inestética da ausência da mama associada ao simbolismo que esse órgão representa de feminilidade causa um impacto negativo. O comprometimento dessa autoestima afeta, conseqüentemente, a sexualidade, interferindo, assim, na conjugalidade.

Salienta-se, ainda, que a dor referida pelas mulheres é um item que deve ser valorizado pelos profissionais, pois, como foi visto nesta pesquisa, esse sintoma pode interferir na QV delas, já que está relacionado à realização das atividades diárias, bem como à autonomia dessas mulheres.

A presente pesquisa identificou relevantes aspectos que as mulheres mastectomizadas podem vivenciar após o diagnóstico da neoplasia. Dessa forma, acredita-se que o estudo contribui na produção de conhecimentos para as várias áreas de

saúde que lidam com esse tema em questão, visto que compromete aspectos físicos e emocionais da mulher, a qual se encontra em situação de fragilidade, o que também repercute na família, especialmente no cônjuge, já que interfere na rotina e interação de ambos.

Diante dos resultados encontrados, considera-se de fundamental importância que os serviços de atendimento e tratamento da doença disponham de uma equipe multidisciplinar de saúde a fim de proporcionar uma atenção especializada, bem como acolhimento das mulheres mastectomizadas e de seus respectivos cônjuges e, com isso, colaborar para um acompanhamento adequado em todas as etapas do tratamento no sentido de favorecer um melhor enfrentamento da situação. Para tanto, torna-se necessário o incentivo da prevenção dessa doença, através de divulgação dos fatores de risco e procedimentos para o diagnóstico precoce, haja vista que se constitui um problema de saúde pública de caráter impactante na vida das mulheres.

REFERÊNCIAS:

- Alves, R. F., R. F., Melo, M. de O., Andrade, S. F. de O., Fernandes, T. S., Gonçalves D. L. & Freire, A. A. (2012). Qualidade de vida em pacientes oncológicos na assistência em casas de apoio. *Aletheia*, 38(39), maio/dez., 39-54.
- Batiston, A. P., & Santiago, S. M. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento. *Fisioterapia e Pesquisa*, 3(12), 30-35.
- Bervian, P. I., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2006). A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2(52), 121-12
- Biffi, R. G. A. (2003). *A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama*. Tese de doutorado, Programa de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, SP, Brasil.
- Borghesan, D. H., Pelloso, S. M. & Carvalho M. D. de B. (2008). Câncer de mama e fatores associados. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(Supl.1):62-68.
- Buitrago, F., Uemura, G. & Sena, M. C. F. (2011). Fatores prognósticos em câncer de mama. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 22(Supl.1), 69-S82.
- Caetano, E. A., Gradim, C. V. C. & Santos, L. E. da S. dos. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(2), abr/jun, 257-261.
- Cervený, C. M. O. & Berthoud, C. M. E. (orgs.) (1997). *Família e ciclo vital – nossa realidade em pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diehl, A. (2002). O homem e a nova mulher: Novos padrões sexuais de conjugalidade. In: Wagner, A.(coord.). *Família em cena: Tramas, dramas e transformações*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Diniz, G. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. In: Féres-Carneiro, T. (orgs.). *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer (Europa). *Questionário de qualidade de vida*. Recuperado em 10 de fevereiro, 2011, de <<http://groups.eortc.be/qol/>>.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer (Europa). *Manual dos escores do EORTC*. Recuperado em 10 de fevereiro, 2011, de http://groups.eortc.be/qol/documentation_manuals.htm.

- Ferreira, C. B. (2007). *Sentidos construídos para o relacionamento conjugal na vivência do câncer de mama feminino*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Ferreira, D. de B., Farago, P. M., Reis, P. E. D. dos & Funghetto, S. S. (2011). Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), mai/jun, 536-44.
- Furlan, V. L. A., Neto, M. S., Abla, L. E. F., Oliveira, C. J. R., Lima, A. C. de, Ruiz, B. F. de O. & Ferreira, L. M. (2013). Mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(2), 264-269.
- Galante-Nassif, M. R. (2006). *Vínculos afetivos e respostas ao estresse em pacientes com câncer de mama*. Tese de doutorado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Gomes, I. C. & Paiva, M. L. S. C. (2003). Casamento e família no século XXI: Possibilidade de holding?. *Psicologia em Estudo*, 8(n.esp.), 3-9.
- Gradim, C. V. C. (2005). *Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama*. Tese de doutorado. Programa de Doutorado Interunidades da Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Guimarães, A. G. C. & Anjos, A. C. Y. dos. (2012). Caracterização sociodemográfica e avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico adjuvante. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58(4), 581-592.
- Haas, P., Costa, A. B. & Souza, A. P. de. (2009). Epidemiologia do câncer de mama em homens. *Revista Instituto Adolfo Lutz*, 68(3), 476-481.
- Houaiss, A., Villar, M. de S. & Franco, F. M. de M. (2009). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1986 p.
- Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Pinto, A. M. Neto, & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2(31), 61-67.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA (2014). *Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil*. Recuperado em 30 de agosto, 2014, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>.
- Lester, S. C. (2010). A mama. In: Robbins & Cotran. (8ª ed.). *Patologia: Bases patológicas das doenças*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- Lima, A. O. & Amazonas, M. C. L. A. (2003). *Um estudo sobre famílias de crianças em fase escolar da zona oeste da cidade do Recife*. PIBIC/UNICAP (relatório de pesquisa, mimeo).
- Lisboa, A. V. & Féres-Carneiro, T. (2010). O sonho na clínica de casal. *Estudos de Psicologia*, 15(2), 181-188.
- Lópes, V. F. (2008). *Vínculo conjugal: entre o individualismo e a busca pelo outro*. Dissertação de mestrado. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, Brasil.
- Lotti, R. C. B., Barra, A. A., Dias, R. C. & Makluf, A. S. D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371.
- Martins, L. C., Ferreira Filho, C., Auro, G. del, Munhoes, D. A., Trevizan, L. L. B., Herbst, L. G., Viera, M. da C., Taranto, P. & Pachon, S. C. (2009). Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(2), 158-62.
- Ministério da Saúde. (2004). *Controle do câncer de mama. Documento de Consenso*. Recuperado em 02 de agosto, 2015, de <http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>.
- Molina, M. A. S. & Marconi S. S. (2006). Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(4), julho-agosto, 514-520.
- Moura, F. M. de J. S. de P., Silva, M. G. da, Oliveira, S. C. de, & Moura, L. de J. S. P. de. (2010). Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery*, 3(14), jul-set, 477-484.
- Neto, J. A. da S., Strey, M. N. & Magalhães, A. S. (2011). Sobre as motivações para a conjugalidade. In: Wagner, A. et al. *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*. (p. 39-57). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Oltramari, L. C. (2009). Amor e conjugalidade na contemporaneidade: uma revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 669-677.
- 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), julho-agosto, 544-551.

- Prado, J. A. F. de A. (2002). *Supervivência: novos sentidos na vida após a mastectomia*. Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Ramos, W. S. R., Sousa, F. S. de, Santos, T. R., Silva, W. R. da Jr., França, I. S. X. de, Figueiredo, G. C. A. L. de. (2012). Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. *Journal of the Health Sciences Institute*, 30(3), 241-248.
- Richardson, R. J., Peres, J. A. de S. P., Wanderley, J. C. V., Correia L. M. & Peres, M. de H. de M. (1999). *Métodos quantitativos e qualitativos*. In: ____ Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo, SP: Atlas.
- Rodrigues, J. S. M., Ferreira, N. M. L. A. (2010). Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: Conhecer para intervir. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(4), 431-441.
- Rossi, L. & Santos, M. A. dos (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41.
- Santana, V. S. & Peres, R. S. (2013). Perdas e ganhos: compreendendo as repercussões psicológicas do tratamento do câncer de mama. *Aletheia*, 40, jan./abr, 31-42.
- Santos, S. G. A. (2010). *Dores no corpo/Dores na alma: uma reflexão sobre a experiência corporal e familiar de mulheres mastectomizadas*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, Brasil.
- Sardinha, A., Falcone, E. M. O. & Ferreira, M. C. (2009). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402.
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2011). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 24(3), 439-447.
- Silva, C. da, Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. (2008). *Psicologia em Estudo*. 13(2), abr/jun, 231-237.
- Silva, T. B. de C. e, Santos, M. C. L., Almeida, A. M. de & Fernandes, A. F. C. (2010). Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 1(44), 103-109.

- Skaba, M. M. V. F., Silva, R. P. da, Silva, C. H. D., Andrade, J. D. de, Nunes, M. da G. dos S., Santos, A. T. C. dos, Menezes, M. de F. B. de, Fernandes, P. L., Gomes, R. & Camargo, T. C. (2012). Impacto da implantação e desenvolvimento do grupo de tumor de mama e sua contribuição à assistência, à pesquisa e ao ensino no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 58(4), 571-580.
- Souto, M. D. (2003). *Sexualidade da mulher após a mastectomia*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Talhaferro, B., Lemos, S. S. & Oliveira, E. de. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arquivo Ciência Saúde*, 1(14), 17-22.
- Tavares, J. S. C. & Trad, L. A. B. (2010) Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(15), 1349-1358.
- The Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 17(10), 1403-1409.
- Turato, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (3^a ed., 685 pp.). Petrópolis: Vozes.
- Veloso, M. M. X. (2001). *Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

A N E X O S

Anexo 1 -Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30.

BRAZILIAN



EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. A informação que você fornecer permanecerá estritamente confidencial.

Por favor, preencha suas iniciais:

--	--	--	--	--	--

Sua data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Anexo 1 -Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30 (continuação).

BRAZILIAN

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
16. Você tem tido prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Você tem tido diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?	1	2	3	4

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

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

1 2 3 4 5 6 7
Péssima Ótima

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

1 2 3 4 5 6 7
Péssima Ótima

Anexo 2 - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida QLQ-BR23.

BRAZILIAN PORTUGUESE



EORTC QLQ - BR23

Por vezes, os doentes nos descrevem que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor nos indique, relativamente à semana passada, até que ponto sentiu estes sintomas ou problemas.

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderado	Muito
31. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
32. O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do normal?	1	2	3	4
33. Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?	1	2	3	4
34. Teve queda de cabelo?	1	2	3	4
35. Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Sentiu arrepios de calor?	1	2	3	4
38. Sentiu dor de cabeça?	1	2	3	4
39. Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
40. Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
41. Achou difícil observar-se nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se insatisfeita com seu corpo?	1	2	3	4
43. Sentiu-se preocupada com sua saúde futura?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Pouco	Moderado	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais)? (com ou sem relação sexual)	1	2	3	4
46. Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?	1	2	3	4

Por favor, continue na folha seguinte

**Anexo 2 -Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida QLQ-BR23
(continuação).**

BRAZILIAN PORTUGUESE

Durante a última semana:	Não	Pouco	Moderado	Muito
47. Sentiu dores no braço ou ombro?	1	2	3	4
48. Sentiu seu braço ou sua mão inchados?	1	2	3	4
49. Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área de seu seio doente?	1	2	3	4
51. Sentiu a área de seu seio doente inchada?	1	2	3	4
52. Sentiu a área de seu seio doente demasiado sensível?	1	2	3	4
53. Sentiu problemas de pele no ou na área do seio doente (i.e., comichão, pele seca ou escamosa)?	1	2	3	4

Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética da UNICAP nº 475.024.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Mulheres mastectomizadas: o que muda na dinâmica conjugal

Pesquisador: Albenise de Oliveira Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24268413.6.0000.5206

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 475.024

Data da Relatoria: 29/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa relevante, tema atual, que interfere na qualidade de vida das pacientes portadoras de câncer de mama. É importante ressaltar que as pacientes ao receber o diagnóstico de câncer de mama, irão vivenciar diversas alterações físicas e emocionais que podem afetar suas relações sociais e familiares, bem como, a sua sexualidade. O projeto se fundamenta em literatura atualizada e sua justificativa é de grande relevância e contribuição para a população em estudo, assim como para os profissionais que lidam com a saúde da mulher. Materiais e métodos adequados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos adequados e bem delineados.

Objetivo Primário:

Analisar os elementos presentes na dinâmica conjugal de mulheres mastectomizadas e a qualidade de vida dessas mulheres, pós-cirurgia.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres mastectomizadas entrevistadas;

Analisar as possíveis interferências das disfunções físicas e psicológicas provocadas pela mastectomia, sobre a dinâmica conjugal dessas mulheres; Avaliar a qualidade de vida das participantes da pesquisa.

Endereço: Rua Almeida Cunha, 245 - BlocoG4 - 8ºAndar

Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50.050-480

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2119-4375 **Fax:** (81)2119-4004 **E-mail:** pesquisa_prac@unicap.br

Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética da UNICAP nº 475.024 (continuação).

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 475.024

através da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30 e da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida QLQ-BR23.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios compatíveis com os objetivos propostos. Ressalto a importância da devolutiva às voluntárias, a instituição e aos profissionais de saúde colocada na presente pesquisa de fundamental importância para alcançar os desfechos secundários proposto no presente estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A contribuição da presente pesquisa irá produzir conhecimento importante no que tange a medidas de promoção à saúde e prevenção junto a equipe de saúde da mulher, bem como, as mulheres mastectomizadas, contribuindo desta forma para a melhora na qualidade de vida das mesmas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE atende as exigências do CONEP. Cronograma e orçamento adequados.

Recomendações:

Projeto recomendado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

Endereço: Rua Almeida Cunha, 245 - Bloco G4 - 8º Andar
Bairro: Santo Amaro CEP: 50.050-480
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4375 Fax: (81)2119-4004 E-mail: pesquisa_prac@unicap.br

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário da Dinâmica Conjugal**QUESTIONÁRIO DINÂMICA CONJUGAL**

1. Cidade onde reside? _____
2. Arranjo familiar atual:
 - a () Vivendo primeira união. Há quanto tempo? _____
 - b () Vivendo segunda união. Há quanto tempo? _____
 - c () Vivendo terceira união ou mais. Há quanto tempo? _____
 - d () Viúva. Há quanto tempo? _____
3. Tipo de união?
 - a () União civil e religiosa
 - b () Só união civil
 - c () Só união religiosa
 - d () União não formalizada
4. Tempo de união?
 - a () 0 a 5 anos
 - b () 6 a 10 anos
 - c () 11 a 15 anos
 - d () acima de 16 anos
5. Tem filhos na relação atual?
 - a () Não
 - b () Sim, de 1 a 2 filhos
 - c () Sim, de 3 a 5 filhos
 - d () Sim, mais de 6 filhos
6. Tem filhos de outra relação?
 - a () Sim Quantos: _____
 - b () Não
7. Idade da mulher?
 - a () 30 a 35 anos
 - b () 36 a 40 anos
 - c () 41 a 45 anos
 - d () Outra idade: _____
8. Idade do cônjuge?
 - a () 30 a 35 anos
 - b () 36 a 40 anos
 - c () 41 a 45 anos

Apêndice A – Questionário da Dinâmica Conjugal (continuação).

d () Outra idade: _____

9. Idade do primeiro filho?

a () 0 a 5 anos

b () 6 a 10 anos

c () 11 a 15 anos

d () Outra idade: _____

10. Idade do último filho?

a () 0 a 5 anos

b () 6 a 10 anos

c () 11 a 15 anos

d () Outra idade: _____

11. Escolaridade da mulher?

a () Ensino Fundamental completo

b () Formação Técnica

c () Ensino Médio completo

d () Ensino Superior. Qual: _____

12. Escolaridade do cônjuge?

a () Ensino Fundamental completo

b () Ensino Técnico

c () Ensino Médio completo

d () Ensino Superior. Qual: _____

13. Em sua família, além de você, seu cônjuge e filhos, que outras pessoas moram na casa?

a () Avô/Avó

b () Neto/a

c () Genro/Nora

d () Outro: _____

14. Quando essa (s) pessoa (s) veio morar junto com a família, o que ocasionou no funcionamento familiar?

a () Facilitou as relações familiares

b () Dificultou as relações familiares

c () Não alterou as relações familiares

d () Outro: _____

SOBRE O RELACIONAMENTO DO CASAL

15. Tempo relativo ao período de namoro ou noivado:

a () 0 a 1 ano

Apêndice A – Questionário da Dinâmica Conjugal (continuação).

- b () 2 a 3 anos
c () 4 a 6 anos
d () Acima de 10 anos
16. A relação do casal antes da mastectomia era:
a () Amorosa e amigável
b () Fria e distante
c () Acomodada
d () Outra: _____
17. A relação do casal após a mastectomia é:
a () Amorosa e amigável
b () Fria e distante
c () Acomodada
d () Outra: _____
18. Na relação atual do casal existe:
a () Diálogo constante
b () Discussão frequente
c () Falta de diálogo
d () Outro: _____
19. A vida sexual do casal atualmente é:
a () Muito boa
b () Razoável
c () Abaixo das expectativas
d () Outra: _____
20. Atualmente, qual é o principal objetivo do casamento?
a () União do casal e formação da família
b () Enfrentamento de mudanças
c () Ressignificação da relação do casal
d () Companheirismo e cuidado mútuo
21. Em relação ao lazer:
a () O casal faz programação conjunta frequentemente
b () O casal faz programação conjunta ocasionalmente
c () O casal se permite programações em separado
d () Outro: _____
22. Atualmente o casal enfrenta dificuldades quanto à:
a () Relação com os filhos
b () Relacionamento conjugal
c () Não enfrenta dificuldades

Apêndice A – Questionário da Dinâmica Conjugal (continuação).

- d () Outro: _____
23. Atualmente o que há de melhor na relação do casal é:
- a () Amor/sexo
 - b () Objetivos de vida comuns
 - c () Companheirismo
 - d () Outro: _____
24. Se você fosse reclamar de alguma coisa no relacionamento do casal de que seria?
- a () Falta de diálogo
 - b () Falta de carinho
 - c () Relacionamento ruim
 - d () Outro: _____
25. Assunto que é evitado no relacionamento do casal:
- a () Sexo
 - b () Separação
 - c () Mastectomia
 - d () Outro: _____
26. Qual a principal dificuldade que o casal vivencia atualmente?
- a () Falta de tempo para o lazer
 - b () Problema de relacionamento
 - c () Crises pessoais
 - d () Outro: _____
27. Atualmente a família do cônjuge:
- a () Não interfere na vida do casal
 - b () Só interfere se for solicitada
 - c () É presente e amistosa
 - d () Outra: _____
28. Atualmente a sua família:
- a () Não interfere na vida do casal
 - b () Só interfere se for solicitada
 - c () É presente e amistosa
 - d () Outra: _____

Apêndice B - Termo de Consentimento livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Mulheres mastectomizadas: o que muda na dinâmica conjugal?

Eu, Albenise de Oliveira Lima, professora e pesquisadora da Universidade Católica de Pernambuco, juntamente com Teresa Cristina da Costa Vieira, mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco, estamos convidando você para participar, como voluntária, de uma pesquisa sob nossa coordenação. Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você estará dando o seu consentimento livre e esclarecido para que participe como voluntária do projeto de pesquisa supracitado.

Assinando este termo de consentimento, a senhora estará ciente de que:

1. O objetivo geral da pesquisa é analisar os elementos presentes na dinâmica conjugal de mulheres mastectomizadas e a qualidade de vida dessas mulheres, pós-cirurgia. Especificamente: Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres mastectomizadas entrevistadas; Analisar as possíveis interferências das disfunções físicas provocadas pela mastectomia, sobre a dinâmica conjugal dessas mulheres; Avaliar a qualidade de vida das participantes da pesquisa, através da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida EORTC QLQ-C30 e da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida QLQ-BR23.
2. Sua participação nesta pesquisa constará em responder a três questionários que serão aplicados individualmente e em local adequado, gastando em média 40 minutos para serem respondidos.
3. Foram dadas todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a sua participação na referida pesquisa.
4. Você estará livre para interromper, a qualquer momento, sua participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.
5. Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais obtidos, através da pesquisa, serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada. A pesquisadora guardará em seu poder os questionários respondidos, por um período de 5 (cinco) anos. Após esse período o material será incinerado.
6. Os benefícios relacionados com a sua participação refletirão sobre as mulheres mastectomizadas, contribuindo para que as mesmas usufruam de uma qualidade de vida melhor e mais consciente acerca dos aspectos que interferem na sua dinâmica conjugal.
7. Não há riscos físicos ou de saúde relacionados com a sua participação.
8. No caso de necessitar apresentar recurso ou reclamações em relação à pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, que funciona na Pró-reitoria Acadêmica da UNICAP, localizada na Rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 8º andar, CEP 50050-480, Recife, Pernambuco, Brasil, ou através do telefone (81) 2119-4376, Fax (81) 21194004, endereço eletrônico: pesquisaprac@unicap.br
9. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar, a qualquer momento, suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

Apêndice B - Termo de Consentimento livre Esclarecido (continuação)

Recife, _____ de _____ de 2014.

Dados da pesquisadora:

Nome: Albenise de Oliveira Lima

Endereço: Universidade Católica de Pernambuco, Rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 7º andar, sala BE.

Telefone: 21194066

Assinatura das pesquisadoras:

DECLARAÇÃO PÓS-LEITURA:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pernambuco, com endereço acima descrito.

Recife, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa:

Documento de Identidade número:

Apêndice C -Descrição dos itens dos domínios da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-C30

Item	Descrição da pergunta
Q1	Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?
Q2	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?
Q3	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?
Q4	Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?
Q5	Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?
Q6	Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?
Q7	Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?
Q8	Você teve falta de ar?
Q9	Você tem tido dor?
Q10	Você precisou repousar?
Q11	Você tem tido problemas para dormir?
Q12	Você tem se sentido fraco/a?
Q13	Você tem tido falta de apetite?
Q14	Você tem se sentido enjoado/a?
Q15	Você tem vomitado?
Q16	Você tem tido prisão de ventre?
Q17	Você tem tido diarreia?
Q18	Você esteve cansado/a?
Q19	A dor interferiu em suas atividades diárias?
Q20	Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?

Apêndice C -Descrição dos itens dos domínios da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-C30 (continuação).

Q21	Você se sentiu nervoso/a?
Q22	Você esteve preocupado/a?
Q23	Você se sentiu irritado/a facilmente?
Q24	Você se sentiu deprimido/a?
Q25	Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?
Q26	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?
Q27	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?
Q28	A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?
Q29	Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?
Q30	Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?

Apêndice D -Descrição dos itens dos domínios da escala de sintomas do questionário EORTC-QLQ-BR23.

Item	Descrição da pergunta
Q1	Sentiu a boca seca?
Q2	O que comeu e bebeu teve um sabor diferente do normal?
Q3	Sentiu os olhos doridos, irritados ou lacrimejantes?
Q4	Teve queda de cabelo?
Q5	Responda a esta pergunta apenas se teve queda de cabelo: A queda de cabelo perturbou você?
Q6	Sentiu-se doente ou indisposta?
Q7	Sentiu arrepios de calor?
Q8	Sentiu dor de cabeça?
Q9	Você se sentiu menos bonita devido à sua doença ou tratamento?
Q10	Você se sentiu menos mulher como resultado de sua doença ou tratamento?
Q11	Achou difícil observar-se nua?
Q12	Sentiu-se insatisfeita com seu corpo?
Q13	Sentiu-se preocupada com sua saúde futura?
Q14	Até que ponto sentiu desejo sexual?
Q15	Com que frequência foi sexualmente ativa (teve relações sexuais)? (com ou sem relação sexual)
Q16	Responda a esta pergunta apenas se tiver sido sexualmente ativa: Até que ponto o sexo foi satisfatório para você?
Q17	Sentiu dores no braço ou ombro?
Q18	Sentiu seu braço ou sua mão inchados?
Q19	Sentiu dificuldade em levantar ou abrir o braço?
Q20	Sentiu dores na área de seu seio doente?
Q21	Sentiu a área de seu seio doente inchada?
Q22	Sentiu a área de seu seio doente demasiado sensível?
Q23	Sentiu problemas de pele no ou na área do seio doente (i.e., comichão, pele seca ou escamosa)?