



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**VANESSA DA SILVA OLIVEIRA**

**QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA EM  
UMA CIDADE DA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

**MACAPÁ-AP  
2021**

**VANESSA DA SILVA OLIVEIRA**

**QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA EM  
UMA CIDADE DA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade Federal do Amapá para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nely Dayse Santos da Mata

MACAPÁ-AP

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá**  
**Elaborada por Cristina Fernandes – CRB-2/1569**

---

Oliveira, Vanessa da Silva.

Qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia em uma cidade da região norte do Brasil. / Vanessa da Silva Oliveira; orientadora, Anneli Mercedes Celis de Cárdenas; Nely Dayse Santos da Mata, coorientadora. – Macapá, 2021. 67 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1. Mamas - Doenças. 2. Câncer. 3. Mastologia. 4. Neoplasias. 5. Qualidade de vida - Mulheres - Amapá. I. Cárdenas, Anneli Mercedes Celis de, orientadora. II. Mata, Nely Dayse Santos da, coorientadora. III. Fundação Universidade Federal do Amapá. IV. Título.

618.19 O48q  
CDD. 22 ed.

---

**VANESSA DA SILVA OLIVEIRA**

**QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA EM  
UMA CIDADE DA REGIÃO NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade Federal do Amapá para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nely Dayse Santos da Mata

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Examinadora: Prof. <sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosemary Ferreira de Andrade  
Universidade Federal do Amapá

---

Examinadora: Prof. <sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luzilena de Sousa Prudêncio  
Universidade Federal do Amapá

---

Examinador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Demilto Yamaguchida Pureza  
Universidade Federal do Amapá

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anneli Mercedes Celis de Cárdenas  
Universidade Federal do Amapá

MACAPÁ-AP  
2021

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, à Deus, por me conceder a oportunidade de cursar o Mestrado e renovar diariamente minha perseverança e fé durante o percurso deste estudo.

À minha família, pela compreensão dos momentos de ausência, mas que possibilitaram meu crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Anneli Celis de Cárdenas, agradeço o carinho e a atenção com que me acolheu, compartilhando seus conhecimentos, para que pudesse trilhar o tão sonhado caminho da pós-graduação.

À minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nely Dayse Santos da Mata, pela disponibilidade, atenção e contribuições que amadureceram e tornaram possível o estudo.

À amiga, que ganhei nessa jornada, Sandra Inajosa, pelo apoio, ajuda e incentivo.

Às participantes do estudo, que frente as adversidades da doença e do tratamento, se prontificaram a participar, pois além de questionários respondidos, conheci o sentido da palavra resiliência. À elas, muito obrigada!

## RESUMO

O câncer de mama está associado a inúmeras repercussões na vida da mulher, desde o diagnóstico até o pós-tratamento, afetando um órgão carregado de significados. O objetivo desta investigação é avaliar a qualidade de vida (QV) das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia e correlacionar com perfil sociodemográfico e clínico. Estudo descritivo, documental, transversal e quantitativo. A população foram 57 mulheres atendidas na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia de Macapá-Amapá, no período de 2014 a 2018. Utilizaram-se os questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 no domicílio das entrevistadas. Para a análise dos dados, empregou-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 24 *Windows*. As participantes possuíam idade média de 52,4 anos, com predomínio de 82,5% da etnia parda, 57,9% católicas e 36,8% escolaridade de ensino médio, sendo a maioria (49,4%) natural do Estado do Amapá. Quanto à situação econômica, 35,1% viviam com dois salários mínimos, 57,9% não trabalhavam e 59,6% recebiam benefício da Seguridade Social. Com parceiros eram 56,1%, e 75,5% tinham dois ou mais filhos. Viviam em residências com três ou quatro pessoas 54,4%. O tipo de cirurgia predominante foi a mastectomia total, com 64,9% e linfodectomia 70,1%. O tempo médio de realização da cirurgia foi dois anos e um mês e a terapia mais associada à cirurgia foi a quimioterapia (73,6%), no entanto, 82,5% não realizaram reconstrução mamária. Acompanhamento multiprofissional: 71,9% foram assistidas por nutricionista, 57,9% psicólogo e 84,2% fisioterapeuta. Caracterização da QV: no instrumento QLQ-C30, houve QV global moderada  $62,3 \pm (19,6)$ . Domínios mais afetados: desempenho das funções  $55,6 \pm (31,2)$ , função emocional  $61,3 \pm (32,4)$  e função cognitiva (62). Sintomas mais presentes: dificuldade financeiras, devido a  $64,9 \pm (33,6)$ , dor  $38,6 \pm (28,2)$  e fadiga  $35,1 \pm (28,7)$ . No QLQ-BR23, houve queda na função sexual  $21,1 \pm (21,5)$ , satisfação sexual  $42 \pm (23,7)$  e perspectivas do futuro  $49,1 \pm (37,3)$ , apontando tendência ao comprometimento da QV. A escala de sintomas foi baixa, os mais presentes foram queda de cabelo  $34,7 \pm (33,3)$  e sintomas nas mamas  $33,5 \pm (30,0)$ . Mulheres mastectomizadas jovens apresentaram piores escores na escala funcional relacionados à imagem corporal ( $p = 0,004$ ); houve associação significativa das mulheres com parceiro e a função sexual ( $p = 0,024$ ), com tendência à melhor QV em comparação aquelas sem parceiro, e a toxicidade financeira causada pelo tratamento foi maior entre mulheres com baixa renda ( $p = 0,004$ ). A quadrantectomia foi significativamente melhor nas funções físicas ( $p = 0,024$ ) e desempenho das funções ( $p = 0,015$ ), em comparação à mastectomia total, que apresentou maiores dificuldades financeiras relacionadas ao tratamento ( $p = 0,006$ ). As mulheres com reconstrução mamária tiveram melhor função sexual ( $p = 0,028$ ) em comparação às que não a realizaram. Por sua vez, tempo de cirurgia, acompanhamento com psicólogo e fisoterapeuta não tiveram nível de significância. Assim as participantes apresentaram QV moderada quando aplicado o QLQ-C30 e grande comprometimento no QLQ-BR23, sobretudo na sexualidade.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida. Neoplasias da mama. Mastectomia. Amapá.

## ABSTRACT

Breast cancer is associated with numerous repercussions in the woman's life, from diagnosis to post-treatment, affecting an organ full of meanings. The purpose of this investigation is to evaluate the quality of life (QOL) of women with breast cancer who underwent mastectomy and to correlate it with the sociodemographic and clinical profile. Descriptive, documentary, transversal and quantitative study. The population consisted of 57 women attended at the High Complexity Unit in Oncology of Macapá-Amapá, from 2014 to 2018. The questionnaires QLQ-C30 and QLQ-BR23 were used at the interviewees' homes. For data analysis, the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 24 Windows was used. The participants had an average age of 52.4 years, with a predominance of 82.5% of mixed race, 57.9% Catholic and 36.8% high school education, with the majority (49.4%) from the State of Amapá. As for the economic situation, 35.1% lived on two minimum wages, 57.9% did not work and 59.6% received Social Security benefits. With partners, they were 56.1%, and 75.5% had two or more children. 54.4% lived in residences with three or four people. The predominant type of surgery was total mastectomy, with 64.9% and lymphodectomy 70.1%. The average time to perform the surgery was two years and one month and the therapy most associated with the surgery was chemotherapy (73.6%), however, 82.5% did not undergo breast reconstruction. Multiprofessional follow-up: 71.9% were assisted by a nutritionist, 57.9% psychologist and 84.2% physiotherapist. QL characterization: in the QLQ-C30 instrument, there was a moderate global QOL of  $62.3 \pm (19.6)$ . Most affected domains: performance of functions  $55.6 \pm (31.2)$ , emotional function  $61.3 \pm (32.4)$  and cognitive function (62). Most common symptoms: financial difficulties, due to  $64.9 \pm (33.6)$ , pain  $38.6 \pm (28.2)$  and fatigue  $35.1 \pm (28.7)$ . In the QLQ-BR23, there was a decrease in sexual function  $21.1 \pm (21.5)$ , sexual satisfaction  $42 \pm (23.7)$  and prospects for the future  $49.1 \pm (37.3)$ , indicating a tendency towards QoL impairment. The symptom scale was low, the most common were hair loss  $34.7 \pm (33.3)$  and symptoms in the breasts  $33.5 \pm (30.0)$ . Young mastectomized women had worse scores on the functional scale related to body image ( $p = 0.004$ ); there was a significant association of women with a partner and sexual function ( $p = 0.024$ ), with a tendency for better QOL for those without a partner, and the financial toxicity caused by the treatment was greater among women with low income ( $p = 0.004$ ). Quadrantectomy was significantly better in physical functions ( $p = 0.024$ ) and function performance ( $p = 0.015$ ), compared to total mastectomy, which presented greater financial difficulties related to treatment ( $p = 0.006$ ). Women with breast reconstruction had better sexual function ( $p = 0.028$ ) compared to those who did not perform it. In turn, length of surgery, follow-up with a psychologist and physiotherapist had no significance level. Thus, the participants presented moderate QOL when QLQ-C30 was applied and great compromise in QLQ-BR23, especially in sexuality.

**Keywords:** Quality of life. Breast neoplasms. Mastectomy. Amapá.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da população quanto aos dados sociodemográficos (N = 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	33
Tabela 2 - Caracterização da população quanto aos dados clínicos (N = 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	38
Tabela 3 - Caracterização da qualidade de vida – domínios QLQ-C30 (N= 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	42
Tabela 4 - Caracterização da qualidade de vida – domínios QLQ-BR23 (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	48
Tabela 5 - Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com a idade (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	52
Tabela 6 - Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com a idade (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	53
Tabela 7 - Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com o estado conjugal (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	54
Tabela 8 - Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o estado conjugal (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	54
Tabela 9 - Correlações da qualidade de vida (QLQ-C30) com o tipo de cirurgia (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	57
Tabela 10 - Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o tipo de cirurgia (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	59
Tabela 11 - Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com o tempo de cirurgia (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	59
Tabela 12 - Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o tempo de cirurgia (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	60
Tabela 13 - Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com o a quimioterapia (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	60
Tabela 14 - Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o tipo de terapia (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	61
Tabela 15 - Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com a reconstrução mamária (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	61
Tabela 16 - Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com a reconstrução mamária (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	62
Tabela 17 - Correlação do funcionamento emocional (QLQ-C30) com o acompanhamento de psicólogo (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	63
Tabela 18 - Correlação da sintomatologia (QLQ-BR23) com o acompanhamento de fisioterapeuta (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEP** - Comitê de Ética em pesquisa
- EORTC** - European Organization for Research and Treatment of Cancer
- FGTS** - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
- HCAL** - Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IMC** - Índice de Massa Corpórea
- INCA** - Instituto Nacional de Câncer
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- IPI** - Imposto sobre Produtos Industrializados
- INSS** - Instituto Nacional de Seguridade Social
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PIS/PASEP**- Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
- QLQ-C30** - Quality of Life Questionnaire
- QLQ-BR23** - Quality of Life Questionnaire Breast Cancer
- QV** - Qualidade de Vida
- QVRS** - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SISCAN** - Sistema de Informação de Câncer
- SISMAMA** - Sistema de informação do Controle do câncer de mama
- SPP** - Setor de Prontuários do Paciente
- SISCOLO** - Sistema de informação do Controle do câncer do colo do útero
- SPSS** - Statistical Package for Social Sciences
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TFD** - Programa de Tratamento Fora do Domicílio
- UNACON** - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
- UNIFAP** - Universidade Federal do Amapá

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
2.1	CÂNCER DE MAMA	14
2.2	TRATAMENTOS PARA O CÂNCER DE MAMA	17
2.3	SAÚDE DA MULHER E AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO CÂNCER DE MAMA	20
2.4	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA	23
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>27</b>
3.1	TIPO DE ESTUDO	27
3.2	LOCAL DO ESTUDO	27
3.3	PERÍODO E POPULAÇÃO DA PESQUISA	28
3.4	COLETA DE DADOS	29
3.4.1	Técnica de coleta de dados	29
3.4.2	Instrumento de coleta	30
<b>4</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>33</b>
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	33
6.2	CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA	37
6.3	QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA	41
6.3.1	Qualidade de vida QLQ-C30	42
6.3.2	Qualidade de vida QLQ-BR23	48
6.3.3	Correlações com a Qualidade de Vida	51
6.3.4	Correlações Sociodemográficas com QV	52
6.3.5	Correlações Clínicas com QV	56
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXO A - EORTC QLQ-C30</b>	<b>86</b>

<b>ANEXO B - EORTC-BR23</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA COLETA DE DADOS</b>	<b>91</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente de câncer e permanece o primeiro entre as mulheres no mundo, perdendo somente para o de pulmão. É relativamente raro antes dos 35 anos, mas é acima desta faixa etária que sua incidência cresce rápida e progressivamente (SOUSA; ANA; COSTA, 2014).

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer relata que o câncer de mama afeta 2,1 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo um dos mais comuns em 154 dos 185 países avaliados. No entanto, devido a sua alta taxa de diagnóstico, é o quinto que mais mata com 627 mil casos por ano. Ainda assim, trata-se do maior responsável por morte de mulheres entre os diferentes tipos de câncer (WORLD, 2018).

No Brasil, o câncer se configura como um problema de saúde pública com dimensões nacionais, a estimativa para 2020 é de 66.280 casos novos de câncer de mama, o que representa um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres e apresentou mortalidade de 17.572 mulheres em 2018. A mortalidade proporcional por câncer de mama foram maiores na região Sudeste 16,9% e Centro-Oeste 16,7%, seguidos por Sul 15,4%, Nordeste 15,23% e Norte 13,2% (INCA, 2019c).

No Amapá, região Norte do Brasil, conforme o Instituto Nacional do Câncer (Inca), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais atinge mulheres no estado, com estimativa de 70 casos novos e uma taxa estimada de 15,84 para cada 100 mil mulheres, só perde em incidência para o câncer de colo do útero (INCA, 2019c).

Um dos tratamentos mais frequentes é a extração da mama comprometida, um procedimento radical e traumatizante na vida da mulher. A mastectomia é um procedimento cirúrgico que visa à retirada total (cirurgia convencional) ou parcial (cirurgia conservadora) da glândula mamária, com objetivo de cura, prolongamento da vida ou apenas redução da incidência das mulheres pertencentes à população de alto risco, com a cirurgia profilática (MAJEWSKI *et al.*, 2012).

A mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama passa por fases muito difíceis, como: o estigma perante a sociedade, a duração do curso da doença com a agressividade do tratamento e a aceitação de conviver com o corpo mutilado em decorrência da cirurgia (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Para as mais jovens, a perda da mama pode ter um significado ainda mais doloroso diante da maternidade, pois as mamas desempenham o papel fisiológico

desde a puberdade até a fase adulta, apresentando-se como símbolo da feminilidade e da capacidade de manutenção da vida através do aleitamento materno (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A mastectomia, embora seja um tratamento importante para o câncer de mama, causa impactos negativos na funcionalidade da mulher. Danos sobre a função física, imagem corporal e disfunções sexuais são recorrentes após a cirurgia e interferem nas relações sociais e familiares (IRARRÁZVAL *et al.*, 2016; SPATUZZI *et al.*, 2016; WANI *et al.*, 2018).

Os distúrbios emocionais, como depressão e ansiedade, são comuns após a mastectomia e interferem na qualidade de vida. No entanto o suporte psicológico e social (familiares e amigos) adequado auxilia na criação de estratégias de enfrentamento, a fim de estabelecer ressignificação de todo esse processo (GOLD *et al.*, 2016).

Com os avanços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, atualmente, tem-se percebido maior interesse sobre a necessidade de investigar as sobreviventes. Sousa, Ana e Costa (2014, p.15) ressaltam que a análise da “qualidade de vida utilizada dentro da área de saúde tem como meta avaliar o impacto da doença sentido pelo paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e predizer a influência dos tratamentos sobre condições da mesma”.

O termo Qualidade de vida (QV) é muito utilizado pelos sociólogos, filósofos, economistas, políticos e profissionais da saúde. É um termo originado da obra de moral e política (Ética Nicomaqueia) de Aristóteles em 330 d.C., a qual reconhece a relação QV, felicidade e valores subjetivos do indivíduo (STRAVOU *et al.*, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

Desse modo, o interesse pela temática surgiu após experiência da autora desta pesquisa, durante especialização em enfermagem cirúrgica na Unidade de alta Complexidade em Oncologia de Macapá/AP, onde foi possível acompanhar de perto o impacto que a portadora de câncer de mama vivência desde o diagnóstico da doença.

Neste estudo, foram aplicados os instrumentos da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C30, questionário utilizado para

qualquer tipo de câncer. É um instrumento sensível aos aspectos físicos, sociais, pessoais e psicológicos, que a maioria dos outros instrumentos trazem, no entanto este avalia de forma adicional as escalas função cognitiva, sintomatologias e aspectos financeiros das pacientes com câncer.

O instrumento *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer* (QLQ-BR23), específico para pacientes com câncer de mama, foi aplicado, pois possui escalas funcionais de imagem corporal e função sexual, acrescido das escalas de sintomas (braço, mama e os efeitos colaterais do tratamento).

Acredita-se que medidas quantitativas que avaliem a QV das pacientes submetidas à mastectomia sejam necessárias para mensurar os problemas vivenciados por essa clientela, a fim de servir como subsídio para os profissionais de saúde na melhoria das práticas clínicas e assistenciais.

Os resultados deste estudo são evidências científicas que podem, ainda, auxiliar gestores de saúde na definição de ações que priorizem a promoção da saúde, bem como a diminuição dos impactos na QV, e na reflexão sobre o tempo necessário de acompanhamento multidisciplinar das pacientes.

O Estado do Amapá, assim como toda a região Norte do Brasil, sofre com a carência de pesquisas que possam subsidiar a atenção integral à saúde da mulher mastectomizada. Tal fato reafirmou o interesse no desenvolvimento desta pesquisa, a fim de que se torne referencial de análise para outros estudos.

Dessa forma, considerando que a mulher portadora de câncer de mama vivencia conflitos de várias ordens, surgiu o seguinte questionamento: Qual é o impacto na QV da mulher com câncer de mama submetida à mastectomia de um hospital público da cidade de Macapá-AP?

Para responder a essa questão, foram levantadas as seguintes hipóteses: a mastectomia afeta as dimensões da QV da mulher submetida ao procedimento cirúrgico ou a mastectomia por ser um tratamento, contribui para a QV da mulher submetida ao procedimento cirúrgico.

Como forma de responder a tal questionamento, este estudo tem como objetivo geral avaliar a QV das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia convencional ou conservadora (quadrantectomia) uni ou bilateral no hospital de Oncologia do Estado do Amapá, por meio dos objetivos específicos: traçar o perfil epidemiológico das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; avaliar a QV das mulheres com

câncer de mama submetidas à mastectomia, segundo o instrumento da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) QLQ-C30 e do QLQ-BR23; correlacionar perfil epidemiológico e clínico das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia com as dimensões da QV.

Para oferecer suporte à discussão dos dados, o estudo aborda no capítulo 2 revisão de literatura, os seguintes subcapítulos: 2.1 Câncer de mama (conceito, fatores de risco e epidemiologia); 2.2 Tratamentos para o câncer de mama (histórico do tratamento cirurgico, tipos de tratamentos); 2.3 Saúde da mulher e as políticas públicas voltadas ao câncer de mama (políticas públicas e normatizações implantadas no Brasil, com o objetivo de prevenir e tratar o câncer de mama) e 2.4 Qualidade de vida relacionada à saúde da mulher com câncer de mama (alterações biopsicossociais relacionadas ao câncer de mama).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CÂNCER DE MAMA

A palavra câncer origina-se da palavra grega *karkinos*, que significa caranguejo, manifestando-se como tumor que deforma a pele. Os primeiros registros sobre o câncer de mama foram realizados pelos egípcios por meios dos chamados papiros egípcios, transcritos em 1700 a.c, afirmavam que tumores protuberantes, frios ao toque eram incuráveis (INCA, 2019b).

O câncer de mama é resultante de uma multiplicação anormal de células sem controle, que ocorre a partir de alterações genéticas ou adquiridas, sendo mais frequentes as que se originam nos ductos mamários (80%) e nos das estruturas lobulares (5% a 10%). Essas células cancerígenas podem evoluir de forma agressiva e rápida, mas, em sua maioria, evoluem de forma favorável para o diagnóstico precoce (INCA, 2019b).

Muitos são os fatores relacionados aos riscos de adquirir o câncer de mama, como: idade superior a 50 anos; fatores endócrinos (exposição ao estrogênio), como menarca precoce, menos de 12 anos; menopausa tardia, após 55 anos; primeira gravidez após os 30 anos; nuliparidade; uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (INCA, 2018a).

Os fatores comportamentais/ambientais também estão presentes, como ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, sobrepeso, obesidade na pós-menopausa e exposição à radiação ionizante, assim como fatores hereditários em mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e/ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem (INCA, 2018a).

O nível socioeconômico, segundo Tortajada *et al.* (2019), exerce grande influência nas práticas preventivas ao câncer de mama, pois as mulheres com melhores níveis de escolaridade e condições financeiras tendem a ter mais condutas preventivas, a procurar mais informações e atendimentos de forma espontânea, tendo também relação com a diminuição da mortalidade por essa doença.

Os sinais do câncer de mama manifestam-se com nódulo geralmente indolor regular ou não, pele da mama com aspecto de casca de laranja, edema ou descamação cutânea, hiperemia, retração do mamilo, podendo haver secreção

espontânea de coloração rosa, avermelhada ou incolor ou ainda linfonodos axilares palpáveis (INCA, 2018b).

A neoplasia mamária é o segundo tipo mais incidente no mundo, com 2.089 milhões de casos novos e representa 11,6% de todos os tipos de câncer, é o mais incidente em mulheres, excetuando-se os casos de pele não melanoma, sendo a quinta causa de morte por carcinoma mamário em geral (627.000 óbitos). É a causa mais frequente de morte em mulheres, representando 6,6% do total de mortes por essa doença (WORLD, 2018).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, a neoplasia mamária também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer de colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2020, foram estimados 66.280 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 61,61 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2019c).

A taxa de mortalidade foi de 15,4 óbitos/100 mil por câncer de mama, ajustada pela população mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 16.069 óbitos por câncer de mama em 2016 (INCA, 2019a).

Quanto à taxa de mortalidade, o Brasil está classificado na segunda faixa mais baixa, junto a países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá e Austrália e melhor classificado do que países como França e Reino Unido. Essa baixa taxa de mortalidade pode se dar devido ao sistema de saúde vigente no país (INCA, 2019c).

Estudo realizado por Guerra *et al.* (2017) verificou a magnitude e a variação da carga da mortalidade por neoplasias no Brasil, em 1990 e 2015, e revela que o câncer de mama teve as maiores taxas de mortalidade por neoplasias em mulheres no Brasil, tanto em 1990 (16,4) quanto em 2015 (16,3), com estabilidade nas taxas entre os dois anos. Isso também foi observado em todos os estados, no entanto as regiões Norte e Nordeste apresentaram aumento percentual no período.

A tendência de aumento de casos do carcinoma mamário no Norte do Brasil se confirma por meio de dados que demonstram a redução das taxas no país, devido ao aumento do diagnóstico nos estágios *in situ* e I de 17,3% em 2000 para 27,6% em 2015. No entanto, percebe-se que as taxas diagnóstico precoce mantêm disparidade entre as regiões do país, com baixa taxa de diagnóstico na região Norte (12,7%), em contraste a melhores taxas nas regiões Sul (29,2%) e Sudeste (30,8%) (INCA, 2019c).

A partir desses dados, surge a necessidade de se avaliar as disparidades regionais quanto à mortalidade por câncer de mama no Brasil, com o objetivo de desenvolver estratégias que possam estabilizar ou reduzir essas taxas nas regiões com maiores dificuldades para o tratamento e prevenção do câncer de mama.

Além das desigualdades regionais, as sociais também são barreiras que dificultam a diminuição da taxa de câncer de mama. Observa-se, na última Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, o percentual de mulheres que realizaram a mamografia, exame de rastreamento do câncer de mama, foi de apenas 38,7% na região Norte e 47,9% no Nordeste, bem abaixo das taxas alcançadas nas regiões Sul (64,5%) e Sudeste (67,9%). Quanto aos aspectos sociais, verificou-se, por meio da média de mulheres, que as que mais realizaram os exames foram as com grau de instrução de nível superior, com 80% (SILVA, G. *et al.*, 2017).

As baixas taxas de diagnóstico de câncer de mama no Brasil podem estar intimamente relacionadas ao acesso das mulheres à realização da mamografia, acesso esse representado com o percentual de 24,8% em 2013; em 2015, com 24,4% e, em 2017, com 24,1% exames realizados, ao passo que a OMS recomenda a cobertura de 70% das mulheres de 50 a 69 anos de idade. Esses dados se tornam alarmantes quando se avalia que, no ano de 2017, eram esperadas 11,5 milhões de mamografias, no entanto foram realizados apenas 2,7 milhões (SOCIEDADE, 2018a).

O Amapá, região Norte do Brasil, encontra-se entre os três piores estados na realização de mamografias (Amapá, Distrito Federal e Rondônia), realizou apenas 260 exames em detrimento dos 24 mil esperados, tendo como principal motivo a dificuldade ao acesso, seja para agendar, seja para realizar o exame, que culmina com defeito no funcionamento do equipamento ou falta de profissional especializado para operá-lo (SOCIEDADE, 2018b).

Apesar de a região Norte estar localizada entre as regiões com menor taxa de incidência, deve-se levar em consideração que o cenário dessa região pode ser bem mais complexo, uma vez que as acentuadas diferenças regionais, sociais e econômicas podem dificultar tanto o acesso ao diagnóstico quanto o tratamento precoce e a cura, o que pode levar a um prognóstico sombrio.

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem impactar a vida da mulher, devido aos procedimentos médicos invasivos, às alterações corporais, às mudanças nos papéis familiares e às interferências da doença na rotina diária. As alterações na imagem corporal que a doença acarreta podem levar a mulher a

vivenciar problemas na sexualidade e feminilidade, prejudicando sua QV (CASTRO *et al.*, 2016).

Atualmente o tratamento de câncer possui várias abordagens, que envolvem intervenções locais, como cirurgia, radioterapia, e sistêmicas, que atingem todas as células do organismo, como quimioterapia, hormonioterapia e anticorpos. As combinações dessas terapias devem ser realizadas após a avaliação de forma individualizada (INCA, 2019b).

## 2.2 TRATAMENTOS PARA O CÂNCER DE MAMA

Os tratamentos para o câncer de mama em prática atualmente são relativamente recentes na história da humanidade, pois se viveu uma fase empírica de séculos. Os papiros egípcios de Edwin Smith (1700 a.C.) já descreviam o aparecimento de tumor na mama, duros, frios e sem cura. Hipócrates (460 – 377 a.C.) já descrevia o câncer de mama como doença, que, até então, era atribuída à magia e a deuses (MORA, 2013).

Por muitos anos, médicos extraíram as mamas com tumores por meio de ferramentas rústicas e inapropriadas, como tenaz (1600-1699), ferramenta que se assemelha a um alicate, utilizada por serralheiros e ferreiros. No entanto, no final do século XIX, com o surgimento da anestesia, em 1846, e novas técnicas de assepsia, surgiu a mastectomia radical de Halsted (1882), com a retirada da glândula mamária, grande extensão de pele, músculo peitoral maior, menor e linfonodos axilares. Posteriormente veio mastectomia modificada de Patey (1948), que retira apenas o músculo peitoral menor e linfonodos axilares (INCA, 2019b; MORA, 2013).

Mais tarde, segue-se a mastectomia radical modificada de Madden, com a preservação dos músculos peitorais, retirada da mama, pele e todos os linfonodos axilares. No final da década de 1950, George Crile Jr. cria a cirurgia conservadora, prática em uso atualmente, conhecida por retirar as glândulas mamárias, além da pele, aréola e mamilo, preservando músculos e linfonodos axilares, utilizada em tumores pequenos com diagnóstico precoce (MORA, 2013).

A quadrantectomia ou mastectomia parcial é um dos tipos de cirurgia conservadora, que realiza a retirada de uma parte da mama com margem de segurança, indicada para tumores menores de 3 cm. A cirurgia conservadora já possui os mesmos resultados quando comparada com a mastectomia total em relação à

sobrevivência das pacientes. No entanto é mais realizada em países com maior renda, devido à obrigatoriedade da associação à radioterapia pós-operatória que não está amplamente disponível em países com menor renda (DEEPA *et al.*, 2020; SILVA, S. *et al.*, 2017).

Apesar do avanço no tratamento cirúrgico do câncer de mama, com o aperfeiçoamento das técnicas, diminuição da mortalidade e recidiva, a mastectomia continua trazendo complicações após o procedimento, como alterações posturais, linfedema, algias, alterações na sensibilidade, diminuição ou perda total da amplitude de movimento, da força muscular do membro superior e comprometimento da capacidade respiratória (SILVA, 2018).

Ao receber o diagnóstico de câncer, as mulheres podem se sentir tristes, angustiadas, desesperadas, impotentes. Inicialmente, negam a doença e acreditam que, principalmente, a cirurgia resolverá os conflitos atuais. Além de ter a sua vaidade comprometida, a mulher sofre preconceitos e discriminação (BARROS *et al.*, 2018, p. 103).

Outras terapias foram surgindo como forma de potencializar o tratamento cirúrgico, como a radioterapia, emissão de radiação ionizante sobre o local, em que até 85% das pacientes adquirem alguma forma de reação cutânea. Destaca-se a radiodermite, que varia de um eritema local à descamação úmida, reações adversas muito comuns, com as manifestações clínicas de lesão em um curto período de tempo após a irradiação (SALVADOR *et al.*, 2019).

A radioterapia, embora seja um tratamento eficiente e constantemente indicado para o câncer de mama, afeta a qualidade de vida e o equilíbrio e aspecto corporal das mulheres, com o surgimento de fadiga, náusea, perda de apetite, alopecia, depressão, ganho de peso, dispneia, sono prejudicado e paresia (LOYOLA *et al.*, 2017).

A quimioterapia é um tratamento que utiliza medicamentos intravenosos que chegam até as células cancerígenas para destruí-las. Esse tipo de terapia, apesar de oferecer a possibilidade de cura ou prolongamento da vida, também afeta domínios da vida da mulher, conforme estudo realizado por Lobo *et al.* (2014), que apresentam escores de QV diminuídos, como as funções física, social e cognitiva, entre o início e o fim do tratamento quimioterápico (seis ciclos completos de quimioterapia).

Outro estudo demonstrou a vivência das mulheres durante a quimioterapia, apontando que o mal-estar atua como elemento desencadeante da redução da

sexualidade. Além disso, surgem diversos efeitos colaterais, como alopecia e diminuição do peso, que ocasionam alterações à aparência corporal, que podem se ligar ao fato de a mulher não se sentir mais sexualmente atraente (CORDEIRO; NOGUEIRA; GRADIM, 2018).

Ainda segundo os autores supracitados, em estudo sobre os eventos colaterais da quimioterapia, observou-se que, quanto a isso, surgiu mais de uma resposta por entrevistada e que as participantes citaram com maior frequência alopecia, náuseas e fadiga, constatadas em 16 (64%), 16 (64%) e 13 (52%) pacientes respectivamente, e apenas uma paciente negou quaisquer sintomas desencadeados pela quimioterapia.

A terapêutica da hormonioterapia no tratamento do câncer de mama é importante para a mudança do tratamento ativo aos cuidados, tendo assim melhora considerável nos resultados de sobrevida das pacientes. Os principais agentes hormonais utilizados na terapêutica contra o câncer de mama são os moduladores seletivos de receptor de estrogênio (GUEDES *et al.*, 2017).

A hormonioterapia é usada por um período de cinco anos e apresenta os seguintes efeitos colaterais: aumento dos distúrbios sexuais, ausência de lubrificação vaginal, sintomas musculoesqueléticos, aumento da incidência de osteoporose (SOCIEDADE, 2017).

Com o avanço de novas tecnologias após o ano 2000, com o sequenciamento completo de diversos genomas tumorais, surgiu o tratamento de terapias-alvo, que tem como função destruir células tumorais específicas, reduzindo seus efeitos em células normais. Embora tenha sido um grande avanço na luta contra o câncer, essa terapêutica não ocasionou uma cura do câncer metastático como o desejado, porém aumentou a expectativa de vida das pacientes que se submeteram a esse tratamento. Cabe destacar que a terapia-alvo ainda não é ofertada na rede pública de saúde brasileira (KALIKS, 2016).

Destarte, observa-se que o tratamento para o câncer de mama deve ser realizado de forma individualizada, pois, dependendo do estágio em que a doença é diagnosticada e o estado geral da paciente, receberá condutas específicas. Quando descoberto em estágio inicial, com tumor pequeno e delimitado, uma das principais condutas é a retirada da mama, seguida da utilização de radioterapia ou quimioterapia para impedir a recorrência (FERRAZ, 2009).

As limitações e dificuldades no enfrentamento do tratamento de câncer de mama começam a surgir com a utilização das terapias, como demonstra estudo realizado por Kebbe (2006), ao avaliar o desempenho ocupacional das mulheres que realizaram a mastectomia. Elas não relatam dificuldades físicas, mas sim de ordem psicológica, pois evitavam se olhar no espelho, com medo de se confrontarem com a imagem de um corpo desfigurado pela cirurgia e os outros tipos de tratamento, como a quimioterapia, que causou ganho de peso e menopausa precoce.

A mulher acometida pelo câncer de mama vivencia inúmeras situações, como a incerteza quanto ao sucesso do tratamento, as reações adversas, a possibilidade da recorrência e da morte. Isso constitui algumas das frequentes dificuldades enfrentadas no cotidiano feminino. Aceitar sua condição atual e adaptar-se à nova imagem exige um grande esforço, para o qual muitas mulheres não estão preparadas (SOUSA; ANA; COSTA, 2014).

O contexto do câncer de mama modificou-se radicalmente nos últimos anos, com o aprimoramento do diagnóstico de lesões não palpáveis, diminuição do estadiamento dos casos diagnosticados, fato que determinou, em países desenvolvidos, a diminuição da mortalidade pelo câncer de mama.

### 2.3 SAÚDE DA MULHER E AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS AO CÂNCER DE MAMA

Nos países em desenvolvimento, o câncer de mama é diagnosticado em estágios mais avançados, o que implica o maior comprometimento da QV das mulheres, pois isso aumenta as chances do aparecimento de morbidades advindas dos tipos de tratamento a que precisam ser submetidas. Tendo em vista essa questão, o Brasil, nas últimas décadas, tem criado políticas públicas que modificaram o cenário do câncer de mama no país.

O Programa Nacional de Controle de Câncer, instituído em 1973, foi pioneiro na prevenção do câncer no Brasil, com a ampliação de oferta de mamografias e exame de Papanicolaou. Em 1987, criou-se o Pro-Onco, política do sistema de saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que tinha como objetivo estimular a prevenção de câncer feminino por meio da disseminação da informação (INCA, 2019b).

Nos anos 90, com a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), teve início o Viva Mulher em 1997, então denominado Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino, uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa à redução da morbimortalidade por câncer do colo. De forma gradual, passou a ser chamado de Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, com ações voltadas à prevenção (INCA, 2018b).

A Política de atenção Integral à Saúde da Mulher reforça o controle do câncer de mama em 2006 com a publicação do Caderno de Atenção com diretrizes para o Controle de Câncer e atualiza em 2013, com o objetivo de criar condutas que orientem o manejo adequado pelos profissionais de saúde em relação ao câncer de mama (BRASIL, 2013).

O Instituto de Câncer, nos anos de 2010 a 2011, criou o *site* para facilitar a disseminação da informação sobre o câncer de mama por meio das Diretrizes no cuidados e recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil. Nesse mesmo período, foi implantado pelo Governo Federal o Plano do Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico, Tratamento de Câncer junto às Redes de Atenção à Saúde, com compromissos com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade do câncer de colo e mama (BRASIL, 2013; INCA, 2019b).

Em 2012, foi lançado o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia, com o objetivo de implementar ações nacionais a fim de aprimorar a qualidade das mamografias por meio de instrumentos que garantam a qualidade de imagem e laudo, com critérios para o credenciamento e monitoramento contínuo dos serviços, a implementação de sistema automatizado para o gerenciamento das informações e a qualificação dos recursos humanos no serviço (BRASIL, 2012a).

Diante do cenário de vários programas, políticas e ações, o MS lançou em 2013 a Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer, cuja função é fortalecer e organizar a Rede de Atenção ao Câncer do Colo do Útero e da Mama no SUS. Paralelamente a isso, foi criado o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), que atualizou o Sistema de informação do Controle do câncer de mama (SISMAMA) de 2009 e o Sistema de informação do Controle do câncer do colo do útero (SISCOLO) (BRASIL, 2013).

O fortalecimento das políticas voltadas à saúde da mulher na prevenção e no tratamento do câncer de mama ganha impulso por meio de medidas legislativas, como a Lei n. 11.664/08, que promove o acesso de mulheres a partir dos 40 anos à

mamografia, com a realização anual do exame. Preconizava-se a realização do exame para mulheres de 50 a 69 anos de idade, com cobertura de 70% da população-alvo (SOCIEDADE, 2018b).

Na contramão ao preconizado, Bezerra *et al.* (2018) revelam que, ao avaliar o acesso das mulheres à mamografia no Brasil e indicadores socioeconômicos, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste estavam muito abaixo das taxas das regiões Sul e Sudeste e são piores em relação às taxas de cobertura recomendadas pela OMS.

Diante da dificuldade do diagnóstico precoce do câncer de mama, foi instituída a Lei n. 12.732/12, conhecida como Lei dos 60 dias, que prevê que todo paciente diagnosticado com câncer inicie o tratamento no prazo máximo de 60 dias após o diagnóstico (BRASIL, 2012b). Vale salientar que o tratamento para câncer necessita de vários exames, consultas, terapias (quimioterapia, hormonioterapia e cirurgia), por isso o início precoce do tratamento é de extrema importância para a vida dos pacientes.

A avaliação realizada por meio do sistema de informação do SUS, sobre a situação do câncer de mama no Brasil entre 2013 e 2015, constatou que apenas 51,2% das mulheres iniciaram tratamento em até 60 dias, a contar da data do diagnóstico. O tempo mediano decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento foi 59 dias, apresentando diferenças entre as regiões de 53 dias no Nordeste, 55 no Norte, 58 no Centro-oeste, 61 no Sul e 65 no Sudeste (INCA, 2019a).

A mastectomia é um dos tratamentos disponíveis para o câncer de mama que pode ser indicada no prazo dos 60 dias após o diagnóstico, com a garantia da reconstrução mamária imediata, conforme a Lei n. 12.802/13, assegurando o direito de realizar no mesmo ato cirúrgico ou, caso a paciente não apresente condições clínicas, poderá realizar o procedimento posteriormente. Infelizmente apenas 10% das mulheres mastectomizadas conseguem a reconstrução da mama (SOCIEDADE, 2018a).

O apoio social e financeiro também foi pauta na política pública, voltada aos portadores de câncer no Brasil, possibilitando: saque do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), saque do Programa de Integração Social e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), auxílio doença ou aposentadoria por invalidez, amparo assistencial ao idoso e ao deficiente, tratamento fora de domicílio no SUS, isenção de imposto de renda na aposentadoria, quitação do

financiamento da casa própria, isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na compra de veículo adaptado, andamento judiciário prioritário, salário mínimo referente ao Benefício Assistencial de Prestação Continuada garantido a incapacitado ao trabalho (SOCIEDADE, 2018a).

Apesar de todas as políticas e normatizações implementadas no Brasil, com o objetivo de prevenir e tratar o câncer de mama, por meio de campanhas, expansão de acesso a exames e tratamento, muito ainda há que se fazer para diminuir os problemas estruturais e assistenciais e agilizar o diagnóstico e tratamento das portadoras de câncer de mama, desafios refletidos na dificuldade em garantir o acesso de forma integral e universal na atenção a essas mulheres.

#### 2.4 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

O surgimento de novos tratamentos para o câncer de mama possibilitou maior sobrevivência às mulheres submetidas aos procedimentos cirúrgicos, como a mastectomia convencional e conservadora, que fez com que houvesse maior preocupação com a QV das sobreviventes (TRALONGO *et al.*, 2019).

A OMS define QV 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 (WHOQOL GROUP, 1994).

A avaliação da QV se tornou um instrumento de amplo espectro, pois se caracteriza pela autopercepção que o indivíduo possui das várias dimensões de sua vida, como o bem-estar físico, psicológico, social e crenças pessoais. Tais percepções são importantes para as mulheres em tratamento de câncer de mama, pois sofrem constantes alterações ao longo do percurso (NG *et al.*, 2019).

Diante disso, passa-se a acreditar que a saúde está intimamente ligada ao bem-estar do indivíduo, adotando-se a terminologia Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Freire *et al.* (2018, p.2) revelam que “o conceito está inter-relacionado à subjetividade da avaliação que o próprio indivíduo faz sobre sua saúde, com foco no impacto que essa condição possa ter sobre sua própria vida”.

É a partir dessa visão de QVRS que a abordagem terapêutica dos pacientes com câncer está deixando de ser focada apenas no prolongamento da vida para ser direcionada também aos cuidados durante e após o tratamento oncológico. Torna-se

um parâmetro importante a ser considerado na decisão acerca da terapia mais apropriada, com objetivo de proporcionar não somente mais tempo de vida, mas também oferecer mais vida com qualidade (AVELAR *et al.*, 2006).

Os tratamentos cirúrgicos para o câncer de mama podem ser experiências traumatizantes diante da perda de um órgão cheio de significações e representações, pois é símbolo de liberdade, reivindicações de direitos sobre o corpo, condição social e política. Está ainda intimamente ligado à feminilidade e sexualidade da mulher, que, quando retirado, acarreta danos que afetam os aspectos emocionais e comportamentais (INCA, 2019b; PUSZCZALOWSKA-LIZIS *et al.*, 2019).

Diante da realização da mastectomia, a mulher se adapta à nova realidade, sem um ou ambos os seios, e, de forma lenta e gradativa, rompe o luto da perda não apenas de um órgão, mas também de idealizações, fantasias e significados que o órgão representava. A mulher passa a buscar ressignificações de sua nova condição e a pensar uma nova forma de relacionar-se com a sociedade, principalmente no que tange à sua sexualidade.

No entanto, até o tão esperado momento de superação dessa fase, várias dimensões da vida da mulher mastectomizada são afetadas, como a imagem corporal, apresentada por Boing *et al.* (2017), ao afirmarem que, após a mastectomia, ocorreu a piora do escore da imagem corporal. A maioria das mulheres se sentem influenciadas em sua imagem feminina pela procura incessante da beleza corporal, projetada pela mídia e sociedade, por isso as modificações corporais podem acarretar nelas sentimentos negativos.

A mastectomia ainda compromete a QV relacionada à capacidade funcional, pois as mulheres submetidas à mastectomia total também relataram mais dor e piores escores nas escalas física e funcional. Isso pode resultar em atitude sedentária por sentirem-se em péssima condição física, apresentando impedimento para as atividades diárias (BOING *et al.*, 2017).

A satisfação sexual também se mostra prejudicada, como revela estudo realizado entre casais, com mulheres mastectomizadas, que apresentaram a redução na satisfação sexual classificada como 7, 8, 9 e 10 antes da cirurgia. Em contrapartida, a satisfação sexual pós-mastectomia demonstrou índices de classificação entre 4, 5, 7, 8, 9 e 10, apontando diminuição para alguns casais (HIRSCHLE; MACIEL; AMORIM, 2018).

Martins *et al.* (2020) corroboram a ideia de que as mamas são uma parte do corpo feminino que têm relevância no aspecto sexual e que sua retirada pode apresentar danos que impliquem diretamente na QV das mulheres, como problemas tanto emocionais quanto físicos, que refletem muitas vezes no desempenho sexual.

Desde o diagnóstico da doença, mudanças na sua vida começam a desenvolver-se, e, ao iniciar o tratamento, seja qual for o tipo – cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico –, essas modificações se intensificam por efeitos adversos, visto que poderão vivenciar quadros de atrofia vulvovaginal, dispareunia, irritação e secura vaginal, inibição do desejo ou excitação, menopausa prematura, náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, refletindo diretamente em sua sexualidade, favorecendo um funcionamento sexual insatisfatório (MARTINS *et al.*, 2020, p.68).

A perda da mama após a mastectomia causa problemas no ajustamento social, já que até as mulheres mais sociáveis passam a ter dificuldade para sair de casa, evitando principalmente lugares em que necessitem trocar de roupa na presença de outras pessoas, devido ao contrangimento da falta do seio (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Boa condição financeira pode tornar a mulher mastectomizada mais sociável, uma vez que a renda familiar está diretamente ligada ao domínio social, devido a maiores possibilidades de essa mulher frequentar outros ambientes que facilitem a interação com novas pessoas (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

No entanto, comumente, após o diagnóstico de câncer de mama, há uma forte tendência de insegurança financeira, devido aos gastos durante e após o tratamento, que afeta, sobretudo, a QV de forma geral. Em vista disso, pode-se afirmar que mulheres com maior *status* social tiveram uma recuperação mais rápida e conseguiram enfrentar melhor as intercorrências ocasionadas pelo tratamento do que aquelas com nível social baixo (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

Por essas razões, a mastectomia é um momento da vida da mulher traumatizante. No entanto, quando acompanhada da reconstrução mamária, pode diminuir os danos físicos, emocionais e psicológicos, melhorando a QV, como demonstra o estudo realizado com pacientes mastectomizadas sobre a QV antes e depois da realização da cirurgia plástica que aponta melhora nos escores de satisfação com a mama, bem-estar físico, sexual e psicossocial (CAMMAROTA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a família e, principalmente, o companheiro são as figuras fundamentais no enfrentamento do câncer, assumindo o papel de apoio. No entanto, devido à complexidade da doença, sobretudo no seu diagnóstico e início do tratamento, são ocasionadas mudanças na vida e nas famílias dessas mulheres (PINTO *et al.*, 2020). O apoio social e familiar e as relações estabelecidas entre o paciente e os profissionais de saúde exercem influência na QVRS (FREIRE *et al.* 2018).

Diante do contexto apresentado, pode-se inferir que a realização da mastectomia desperta medos e fantasias produzidas pelo estigma da doença, que cria mudanças no comportamento da mulher. Estas variam desde a dificuldade de lidar com o próprio corpo até a forma com que se relaciona com as pessoas ao seu redor, o que torna o apoio especializado essencial para o enfrentamento desse momento decisivo para sua reabilitação.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa descritiva, documental com delineamento transversal e abordagem quantitativa, que, segundo Gil (2011), procura descrever as características do fenômeno pesquisado ou de determinada população estudada. Estabelece, dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados.

A abordagem quantitativa, segundo Martins (2013), atua em níveis de realidade em que existe a necessidade de extrair e evidenciar indicadores e tendências a partir de grande quantidade de dados. A investigação desenhada na abordagem quantitativa trabalha a partir de dados e evidências coletadas. Os dados são filtrados, organizados e tabulados para depois serem submetidos a técnicas de organização e classificação, bem como testes estatísticos para transformá-los em informações a serem analisadas e discutidas à luz de um referencial teórico e de outras pesquisas correlatas.

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na capital Macapá do Estado do Amapá, com população estimada para 2019 de 845.731 mil habitantes, composto por 16 municípios, situado na região Norte do Brasil. A cidade de Macapá possui uma população estimada de 503.327 mil habitantes em 2019, uma área territorial de 6.502,105km<sup>2</sup> (INSTITUTO, 2020).

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que faz parte do complexo de unidades do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), situado na cidade de Macapá-AP. É o único centro de referência no Estado para o tratamento de câncer por meio do SUS. Realiza atendimento da população de todo o Estado do Amapá, inclusive dos municípios vizinhos do Estado do Pará, devido à maior proximidade em relação à capital deste estado.

A UNACON oferece o tratamento cirúrgico, quimioterápico e hormonioterapia, possui duas enfermarias com dez leitos utilizados para atendimento de emergência, sendo porta de entrada para as internações dos pacientes oncológicos. A unidade

possui sala para realização de quimioterapia, atendendo aproximadamente 20 pacientes por dia, e disponibiliza serviço como consultas (oncologista, psicólogo, nutricionista), serviços de enfermagem, fisioterapia, além de um grupo de apoio com acompanhamento psicológico para pacientes, que se reúne uma vez por semana.

O serviço de radioterapia não é realizado no estado, por isso as pacientes necessitam se deslocar para outros estados por meio do Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Além disso, há déficit de exames para o acompanhamento do tratamento em tempo real.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a dezembro de 2019. O quantitativo de participantes foi estabelecido por meio da análise de todos os registros cirúrgicos dos últimos cinco anos do HCAL, tendo sido selecionadas mulheres mastectomizadas, devido à indisponibilidade de estatística consolidada no Estado do Amapá. O levantamento estatístico resultou em 102 mulheres que realizaram a mastectomia.

A partir da seleção dos 102 registros cirúrgicos, as participantes foram identificadas por meio dos prontuários na Unacon e aplicados os critérios de inclusão: mulheres submetidas à mastectomia total, radical e/ou parcial (quadrantectomia) uni ou bilateral, devido a câncer de mama; cirurgia realizada há pelo menos seis meses do dia da entrevista (a fim de evitar estresse pós-operatório), com reconstrução mamária ou não; residentes na capital Macapá; idade maior ou igual a 18 anos; aceitação em participar da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dessa forma, do total de mulheres contactadas, 57 participaram efetivamente da pesquisa, tendo sido excluídas as mulheres submetidas à mastectomia total, radical e/ou parcial (quadrantectomia) uni ou bilateral que residiam no interior do estado; estavam em tratamento fora do estado; sem condições clínicas e que se recusaram a participar do estudo e as mulheres que foram a óbito.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão das 102 mulheres mastectomizadas: 19 mulheres residiam no interior do estado e 17 foram a óbito, resultando na população de 66 mulheres. Foi realizada uma amostragem aleatória com um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, obtendo o tamanho da

amostra de 57 mulheres. Para a identificação do valor real da amostra, foi realizado um cálculo amostral, com a fórmula:

$z = 1,96$  (valor referente ao nível de confiança de 95%)

$p = 0,5$  (proporção das mulheres mastectomizadas com boa QV, valor de segurança)

$q = 1 - p = 0,5$

$N = 66$  (tamanho da população)

$e = 0,05$  (margem de erro)

$n$  = tamanho da amostra calculado pela fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{1,96^2 \cdot 66 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,005^2 \cdot 65 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 56,45 \approx 57$$

### 3.4 COLETA DE DADOS

#### 3.4.1 Técnica de coleta de dados

As pacientes foram recrutadas por meio dos registros cirúrgicos do Centro Cirúrgico do HCAL, correspondentes aos cinco últimos anos (2014 a 2018), selecionando apenas os registros de mulheres que realizaram mastectomia total/radical ou parcial (quadrantectomia). Desse registro cirúrgico avaliado constavam nome, endereço, telefone, diagnóstico, tipo de cirurgia realizada e nome do cirurgião, sendo organizado em planilhas.

Foram selecionados os prontuários no Setor de Prontuários do Paciente (SPP) da Unacon, unidade desmembrada do SPP geral do hospital, para que assim fossem coletados dados pessoais, como número telefônico e endereço atualizado, considerando a falta de informações.

Foi realizado contato por telefone, para que fossem explicados com detalhes os objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como verificar o interesse em participar e, caso aceitassem participar do estudo, agendava-se a visita domiciliar. Às pacientes que não foi possível contactar via telefone foi realizado visita domiciliar e feito o convite para participar do estudo.

A coleta iniciou no domicílio das participantes em horários predefinidos, após assinatura do TCLE. Os questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 foram

preenchidos pela pesquisadora para 100% das participantes, por solicitação das mesmas e também no caso de analfabetismo.

É importante ressaltar que as participantes do estudo ficaram à vontade para responder ao questionário e tiveram o esclarecimento de qualquer dúvida a respeito do instrumento.

### **3.4.2 Instrumento de coleta**

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: 1º instrumento (APÊNDICE A) – formulário sociodemográfico e clínico, composto de 19 variáveis, sendo 11 referentes aos aspectos sociodemográficos e oito, aos dados clínicos; 2º instrumento (ANEXO A) – questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 em português, da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer, já traduzidos e validados no Brasil.

As variáveis sociodemográficas foram: idade, etnia, naturalidade, estado conjugal, religião, escolaridade, ocupação, renda familiar, recebimento de benefício social, quantidade de pessoas com quem residem, número de filhos. As variáveis clínicas foram: tipo de mastectomia, realização de linfonodectomia, tempo de cirurgia, tipos de tratamentos realizados, reconstrução mamária, se houve acompanhamento com nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo.

Para a utilização dos instrumentos, foi cadastrada a pesquisa na Plataforma da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), para autorização da utilização dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23 e do manual de escores que descreve a forma de realizar a análise, uma vez que, considera respostas da última semana e alguns casos do último mês das participantes .

O instrumento *Quality of Life Questionnaire* QLQ-C30 (Anexo 1), em português (versão 3.0), utilizado para coleta de dados sobre QV é multidimensional, autoadministrável, contém 30 itens, abrangendo 16 domínios, que formam quatro escalas: 1- Escala de estado de saúde global e qualidade de vida, 2- Escala Funcional (domínios da função física, desempenho de papéis, emocional, cognitiva e social), 3- Escala de sintomas (domínios fadiga, náuseas e vômito, dor, dispneia, falta de apetite, constipação, diarreia) e 4- Escala de dificuldades financeiras.

O questionário da EORTC *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer* QLQ-BR23 foi criado especificamente para o câncer de mama, com 23 questões divididas

em dois grupos: 1- Escala funcional que abrange domínios (imagem corporal, função sexual, satisfação sexual e perspectivas futuras), 2- Escala de sintomas, que inclui domínios sobre o efeito adverso da terapia sistêmica, sintomas na mama, sintomas no braço e queda de cabelo. Conforme Silva (2008), o questionário QLQ-BR23 deve ser utilizado juntamente com o QLQ-C30 da EORTC.

#### 4 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas dos dados foram realizadas no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0 for *Windows* (IBM. SPSS STATISTICS 24). Todos os resultados obtidos pelos instrumentos de coleta foram transcritos para a planilha do SPSS, utilizando-se a técnica de dupla verificação para minimizar os possíveis erros de digitação, criando-se, assim, um banco de dados.

Para os dados das variáveis qualitativas, sociodemográficos e clínicas, foi realizada a distribuição da frequência, por meio dos valores absolutos (n) e relativos (%) das variáveis categóricas. As variáveis quantitativas foram caracterizadas por medidas descritivas mínimo, máximo, média e desvio-padrão.

A normalidade dos dados foi verificada com o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados levaram a concluir que as variáveis em estudo (escores dos domínios do QLQ-C30 e QLQ-BR23) não tinham distribuição normal, apresentando uma distribuição assimétrica. Assim, foram usados testes não paramétricos para dar resposta aos objetivos da pesquisa:

- Teste de Mann-Whitney para amostras independentes – comparação dos escores dos domínios entre dois grupos independentes;
- Teste de Kruskal-Wallis – comparação dos escores dos domínios entre três ou mais grupos independentes;
- Coeficiente de Correlação de Spearman – correlação dos escores dos domínios com variáveis quantitativas ou ordinais.

Para as conclusões dos resultados dos testes estatísticos, foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as associações e as diferenças entre grupos foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0,05 ( $p < 0,05$ ).

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo obedeceu aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). A pesquisa foi aprovada pelo CEP da UNIFAP, sob parecer nº 3.482.883, em reunião realizada em 2 de agosto de 2019 (ANEXO C). O estudo teve autorização da Direção do HCAL, como demonstrado no Anexo D, e todos os participantes assinaram um TCLE, conforme Apêndice B.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Os resultados das variáveis sociodemográficas das participantes do estudo estão reunidos na Tabela 1. Participaram deste estudo 57 mulheres, com predomínio de idade entre 40 à 59 anos, com média de idade  $M=52,4$  anos (DP:10,9), com primazia da etnia parda (47 participantes – 82,5%). A religião prevalecente foi a católica (33 – 57,9%). Trata-se de mulheres, em sua maioria, que têm como escolaridade o ensino médio (21 – 36,8%). Em relação à naturalidade, houve hegemonia de mulheres do Estado do Amapá (28 – 49,4%). São mulheres que convivem com o parceiro em sua maioria (32 – 56,1%). Houve o predomínio de participantes com dois filhos (16 – 28%) e vivem em residências com três a quatro pessoas (31 – 54,4%).

A situação econômica das participantes demonstra predomínio de renda familiar de dois salários mínimos (20 – 35,1%), sendo que mais da metade das entrevistadas não trabalham (33 – 57,9%). No que tange à inclusão no mercado de trabalho até a data da entrevista, as participantes se distribuem nas mais diversas profissões, com maioria de autônomas, professoras e serviços gerais. Percebe-se ainda que a maioria das mulheres (34 – 59,6%) recebeu auxílio financeiro durante tratamento da saúde, com maior percentual para o benefício social de auxílio doença (13 – 38,2%).

**Tabela 1** – Caracterização da população quanto aos dados sociodemográficos (N = 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Variáveis	(continua)	
	n	%
<b>Idade</b> Média (DP): 52.4 (10.9) Mínimo – máximo = 30 – 75	De 30 a 39 anos	5 8,8%
	<b>De 40 a 49 anos</b>	<b>18</b> <b>31,6%</b>
	<b>De 50 a 59 anos</b>	<b>18</b> <b>31,6%</b>
	De 60 a 69 anos	12 21%
	70 ou mais anos	4 7,0%
<b>Etnia</b>	Branca	5 8,8%
	Negra	5 8,8%
	<b>Parda</b>	<b>47</b> <b>82,4%</b>
<b>Religião</b>	Adventista	1 1,8%
	<b>Católica</b>	<b>33</b> <b>57,9%</b>
	Evangélica	21 36,8%
	Sem religião	2 3,5%

**Tabela 1** – Caracterização da população quanto aos dados sociodemográficos (N = 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

		(conclusão)	
<b>Escolaridade</b>	Analfabetas	6	10,5%
	Ensino Fundamental Incompleto	9	15,8%
	Ensino Fundamental Completo	5	8,8%
	Ensino Médio Incompleto	2	3,5%
	<b>Ensino Médio Completo</b>	<b>21</b>	<b>36,8%</b>
	Ensino Superior Incompleto	3	5,3%
	Ensino Superior Completo	11	19,3%
<b>Naturalidade</b>	<b>Amapá</b>	<b>28</b>	<b>49,4%</b>
	Pará	21	37,1%
	Maranhão	5	8,5%
	Outra	3	5,0%
<b>Estado Conjugal</b>	<b>Com parceiro (a)</b>	<b>32</b>	<b>56,1%</b>
	Sem parceiro (a)	25	43,9%
<b>Número de filhos</b> Média (DP): 2.7 (1.9) Mínimo – máximo = 0 – 9	Sem filhos	5	8,8%
	1 filho	9	15,8%
	<b>2 filhos</b>	<b>16</b>	<b>28%</b>
	3 filhos	13	22,8%
	4 ou mais filhos	14	24,6%
<b>Número de pessoas na residência</b> Média (DP): 3.9 (1.8) Mínimo – máximo: 0 – 8	Até 2 pessoas	9	15,8%
	<b>3 a 4 pessoas</b>	<b>31</b>	<b>54,4%</b>
	5 ou mais pessoas	17	29,8%
<b>Renda familiar</b>	< 1 salário mínimo	3	5,2%
	1 salário mínimo	15	26,3%
	<b>2 salários mínimos</b>	<b>20</b>	<b>35,1%</b>
	3 salários mínimos	5	8,8%
	4 salários mínimos	2	3,5%
	> 4 salários mínimos	12	21,1%
<b>Situação profissional</b>	Não trabalham	<b>33</b>	<b>57,9%</b>
	Trabalham	24	42,1%
<b>Trabalho atual</b> (N = 24 mulheres que trabalham)	Autônomas	3	12,5%
	Professoras	3	12,5%
	Serviços gerais	3	12,5%
	Outros	48	62,5%
<b>Benefício social</b>	Não	23	40,4%
	<b>Sim</b>	<b>34</b>	<b>59,6%</b>
<b>Tipo de benefício social</b> (N = 34 mulheres que receberam ou recebem o benefício social)	<b>Auxílio doença</b>	<b>13</b>	<b>38,2%</b>
	Aposentadoria	7	20,6%
	Licença saúde	5	14,7%
	Benefício de prestação continuada	7	20,6%
	Pensão	2	5,9%

**Fonte:** Dados da pesquisa

Constatou-se neste estudo o predomínio de mulheres de 40 a 59 anos, com média de idade  $M=52,4$  anos. Esses dados corroboram estudo das médias de idade semelhantes, de  $M=56$  e  $M=51$  anos, reforçando a necessidade de rastreamento precoce das mulheres entre 50 e 69 anos de idade, conforme preconiza a OMS (BARBOSA *et al.*, 2017; FONSECA *et al.*, 2019).

Quanto à etnia, houve a predominância de autodeclaração parda (82,4%), o que vai ao encontro de resultados da Pesquisa Nacional por Amostragem de domicílio

2012-2019, que aponta a maioria da população brasileira se declara parda (46,8%), sendo 46% do sexo feminino. A região Norte apresenta 72,3% da população parda, 19,5% branca e 7% preta (INSTITUTO, 2020).

A religiosidade mostrou-se presente para 96,5% das participantes, com predominância das católicas (57,9%), dado em conformidade com estudo realizado com mulheres submetidas à mastectomia no pós-operatório tardio no Triângulo Mineiro. As entrevistadas relataram ter alguma crença religiosa, a maioria da religião católica (63,3%) (ALVARENGA *et al.*, 2018). O apoio espiritual auxilia na aceitação da nova imagem corporal após a mastectomia, mostrando o quanto é importante o equilíbrio entre o corpo e espírito após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama (SILVA, S. *et al.*, 2017).

Menezes *et al.* (2018) reforçam, em pesquisa sobre QV e espiritualidade de pacientes oncológicas no Estado de Sergipe, que religiosidade e fé podem ser utilizadas como ferramentas de apoio e enfrentamento das adversidades relacionadas a diagnóstico e tratamento de câncer, pois o indivíduo convive constantemente com a espera de resultados dos exames de rotina e a possibilidade de recidiva e metástase.

Em relação à escolaridade do grupo de mulheres do estudo, constatou-se que a maioria concluiu o ensino médio (36,8%), dado similar ao encontrado no estudo de Pereira (2019), realizado com mulheres mastectomizadas na cidade de Manaus (Amazonas). Nele também prevaleceram participantes com escolaridade de ensino médio (63,64%), seguido de ensino superior (22,73%). Situação diferente da encontrada em dois estudos de QV de mulheres mastectomizadas realizados na região Sudeste do país, que evidenciaram melhor nível de escolaridade entre as participantes, apresentando ensino superior 52% e 56% respectivamente (FONSECA *et al.*, 2019; SIMEÃO *et al.*, 2013).

A disparidade entre os resultados dos estudos torna notória a desigualdade regional no que se refere à escolaridade da população. Tal fato é preocupante, uma vez que o nível de instrução é importante para o autocuidado, que pode melhorar a QV das mulheres mastectomizadas, despertando o olhar para uma assistência de saúde individualizada por meio de estratégias que possam minimizar os danos causados pelo tratamento cirúrgico.

A respeito da naturalidade das entrevistadas, nota-se predomínio de mulheres do Estado do Amapá, seguido do Pará e Maranhão, dado justificado pela grande

migração de todo o Brasil na década de 1980. Esta ocorreu devido à transformação de Território Federal para Estado e a criação da Área de Livre Comércio, que culminou com a abertura de concursos públicos, gerando expectativa de novas oportunidades, principalmente de paraenses e maranhenses (SANTOS, 2012).

Em relação ao estado conjugal, trata-se de mulheres que convivem com parceiro em sua maioria (56,1%) e possuem dois ou mais filhos, com média 2,7 filhos. Dados similares aos de estudos realizados com mulheres pós-mastectomia, em que prevaleceram participantes convivendo com parceiro (72,73%) e média de 3,3 filhos (BARBAROTTO *et al.*, 2019; PEREIRA, 2019).

No que se refere à renda familiar, observa-se preponderância de renda familiar de dois salários mínimos (35,1%), com prevalência de três a quatro pessoas residentes (54,4%). Dados semelhantes de renda foram encontrados em estudo conduzido em Fortaleza, Ceará, com 21 mulheres submetidas à mastectomia, com renda familiar entre dois e três salários mínimos (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Renda familiar baixa também foi percebida entre as mulheres participantes de um estudo no Triângulo Mineiro, Minas Gerais, após mastectomia, cuja a maioria possuía renda familiar de um salário mínimo (73,3%), com composição familiar de dois a três residentes (ALVARENGA *et al.*, 2018).

A situação econômica das mulheres deste estudo, torna-se alarmante tendo em vista os impactos que a dificuldade financeira durante o tratamento de câncer de mama pode causar. Veenstra *et al.* (2017) revelam que, quando o tratamento possui alta demanda financeira, pode influenciar no tipo de tratamento escolhido, na adesão da paciente e, principalmente, nos resultados esperados.

No que se refere ao trabalho, a maioria das entrevistadas não trabalham (57,9%), dado semelhante encontrado em estudo de mulheres no pós-operatório tardio de mastectomia (56,7%), com média de idade  $M= 63,4$  anos, sendo uma realidade em função da correlação com a aposentadoria (ALVARENGA *et al.*, 2018). No entanto se observa que a população deste estudo são mulheres em idade economicamente ativa, com média de  $M=52,4$  anos.

O desemprego pode estar atrelado às limitações físicas e psicológicas após a mastectomia, situação evidenciada por Wang *et al.* (2018) em metanálise entre vários países sobre fatores do desemprego após a cirurgia de câncer de mama. Os autores apontam que estes fatores estão relacionados com países que possuem assistência

universal à saúde; altas demandas físicas e psicológicas no trabalho; baixo nível de instrução; mastectomia em vez da cirurgia conservadora da mama e recebimento de quimioterapia.

A dificuldade financeira advinda do desemprego após o tratamento de câncer tem repercussões inclusive na vida familiar, conforme estudo realizado em Detroit e Los Angeles, com 517 parceiros, quatro anos após o diagnóstico das mulheres. A pesquisa revelou que quase um terço dos companheiros declararam haver sofrido impacto financeiro com a piora da renda familiar após o diagnóstico, tendo muitas vezes que trabalhar mais, para repor as perdas devido à doença, afetando, inclusive, a QV, com escores emocionais mais baixos (VEENSTRA *et al.*, 2017).

Sem emprego a maioria das entrevistadas, apenas uma parte da população (59,6%) recebe ou recebeu benefícios sociais. Tal dificuldade é apontada no Projeto Geração de Trabalho e Renda para Mulheres Mastectomizadas em Nova Iguaçu-Rio de Janeiro, que aborda as dificuldades para terem acesso aos benefícios do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), mesmo após passarem por todas as fases do tratamento de câncer, assim como de serem reabsorvidas pelo antigo ou por novo emprego no mercado (SANTANA *et al.*, 2016).

As dificuldades com a rede de segurança social também foram evidenciadas por Kong *et al.* (2020), que apresentaram as diversas barreiras ao acesso aos recursos de apoio financeiro às sobreviventes do câncer de mama de baixa renda, que se tratavam no sistema de saúde universal da Malásia.

Portanto é imprescindível analisar com cautela a situação financeira dessa população e investir em medidas que facilitem o acesso de forma contínua e gratuita ao tratamento do câncer de mama, assim como aos exames de rotina necessários, periodicamente, para afastar as taxas de recidiva da doença. O descompasso entre o acesso ao tratamento e as finanças pode acarretar toxidade financeira, que afeta o tratamento escolhido, a vida familiar e, sobretudo, a QV dessas mulheres.

## 6.2 CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Na Tabela 2, apresentam-se os dados clínicos da população do estudo. A mastectomia unilateral foi a cirurgia mais frequente (33 participantes – 57,9%). Quanto ao esvaziamento axilar, houve elevado número de mulheres que realizaram a linfodectomia (40 – 70,1%). A cerca do tempo transcorrido entre a cirurgia e a data da

entrevista, as mulheres apresentaram predomínio de um ano a dois anos (22 – 38,6%) com  $M=2,1$  anos ( $DP= 1,2$ ).

A frequência de terapias associadas ao procedimento cirúrgico foi quimioterapia (42 – 73,6%), radioterapia (29 – 50,9%) e hormonioterapia (32 – 56,1%). Grande parte das entrevistadas não realizaram a reconstrução mamária (47 – 82,5%), tendo como acompanhamento multidisciplinar: nutricionista (41 – 71,9%), psicólogo (33 – 57,9%), fisioterapeuta (48 – 84,2%).

**Tabela 2** – Caracterização da população quanto aos dados clínicos (N = 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Variáveis		n	%
<b>Tipo de cirurgia</b>	Mastectomia bilateral	4	7,0%
	<b>Mastectomia unilateral</b>	<b>33</b>	<b>57,9%</b>
	Quadrantectomia	20	35,1%
<b>Cirurgia com linfonodectomia</b>	Linfonodectomia	<b>40</b>	<b>70,1%</b>
	Sem linfonodectomia	17	29,9%
<b>Tempo da cirurgia</b> (anos) Média (DP): 2.1 (1.2) Mínimo – máximo = 0 – 6	Há 1 ano ou menos	11	19,3%
	<b>Mais de 1 ano até 2 anos</b>	<b>22</b>	<b>38,6%</b>
	Mais de 2 anos até 3 anos	11	19,3%
	Mais de 3 anos até 4 anos	10	17,5%
	Há mais de 4 anos	3	5,3%
<b>Terapias</b>			
Quimioterapia	<b>Sim</b>	<b>42</b>	<b>73,6%</b>
	Não	15	26,4%
Radioterapia	<b>Sim</b>	<b>29</b>	<b>50,9%</b>
	Não	28	49,1%
Hormonioterapia	<b>Sim</b>	<b>32</b>	<b>56,1%</b>
	Não	25	43,9%
<b>Reconstrução mamária</b>	<b>Não</b>	<b>47</b>	<b>82,5%</b>
	Sim	10	17,5%
<b>Acompanhamento nutricionista</b>	Não	16	28,1%
	<b>Sim</b>	<b>41</b>	<b>71,9%</b>
<b>Acompanhamento psicólogo</b>	Não	24	42,1%
	<b>Sim</b>	<b>33</b>	<b>57,9%</b>
<b>Acompanhamento fisioterapeuta</b>	Não	9	15,8%
	<b>Sim</b>	<b>48</b>	<b>84,2%</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

A prevalência da mastectomia unilateral (57,9%) e da linfonodectomia (40 - 70,1%) neste estudo demonstra a preponderância da conduta cirúrgica convencional, com a retirada total da mama e glândulas axilares. Tal resultado corrobora os achados de pesquisa realizada no Norte do Brasil (Estado do Pará), sobre o impacto da cirurgia na QV de mulheres em atendimento de fisioterapia, que demonstra que 68,75%

realizaram mastectomia total com linfodectomia em todas as pacientes (MAUÉS *et al.*, 2017).

O estudo em uma cidade do Estado de São Paulo sobre a avaliação das pacientes com câncer de mama submetidas à cirurgia oncológica ratifica que a mastectomia radical foi realizada em 55,9% dos casos e a cirurgia conservadora em 44,1% (BARBAROTTO *et al.*, 2019). Por meio desses dados, observa-se que a mastectomia total é um procedimento frequentemente utilizado em regiões do Norte ao Sul do país.

Em vista dessas informações, a mastectomia convencional com a retirada total da mama, tem sido um tratamento cirúrgico recorrente, que pode ser justificado pelo diagnóstico tardio para realização da cirurgia conservadora e a baixa oferta de terapias complementares, como radioterapia e quimioterapia, que tornam eficaz o tratamento conservador da mama.

Dessa forma, Deepa *et al.* (2020) relatam que a cirurgia conservadora ainda é uma prática pouco realizada em países com menor renda, devido à obrigatoriedade da associação à radioterapia no pós-operatório que não está amplamente disponível nesses países, mesmo possuindo resultados iguais quando comparados à mastectomia total.

Tendo em vista as considerações pautadas, acredita-se que essas situações podem ter influenciado o predomínio de mastectomia total no Estado do Amapá, uma vez que há dificuldade de acesso ao tratamento, devido a constantes interrupções da quimioterapia pela falta de medicamentos de alto custo e à indisponibilidade de radioterapia no estado, que obriga as mulheres a procurarem tratamento fora do domicílio.

Em contrapartida, a cirurgia conservadora está amplamente difundida em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, na cidade Nova Iorque, em estudo realizado no *Cancer Research Institution* sobre o nível de satisfação das mulheres de acordo com o tipo de cirurgia realizado. Realizaram a cirurgia conservadora 63% das mulheres, seguida pela mastectomia total com 34% (FLANAGAN *et al.*, 2019).

A disparidade nos tipos de tratamento cirúrgico entre os países demonstra a necessidade de avanços no Brasil, pois, apesar de a eficácia da cirurgia conservadora estar comprovada, como a mastectomia parcial (quadrantectomia) e os resultados serem semelhantes aos da mastectomia total, as dificuldades no acesso aos

tratamentos neoadjuvantes ou adjuvantes, como quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia, podem impossibilitar a realização de procedimento cirúrgico menos invasivo.

A consolidação da cirurgia conservadora é evidente em outros países. Após discreto aumento na taxa de mastectomia total, a Sociedade Americana de Cirurgiões de Mama, em 2016, publicou uma “Declaração de Consenso sobre Mastectomia Profilática Contralateral”, que defende a conservação da mama como procedimento tão eficaz quanto a mastectomia total em relação à sobrevida. Ressalta que, quando aliada a outras terapias (quimioterapia e hormonioterapia) em estágio inicial, ocorre a redução das complicações advindas da cirurgia convencional (BOUGHEY *et al.*, 2016; PANCHAL; MATROS, 2017).

No que tange ao tempo de realização de cirurgia (tabela 2), as participantes apresentaram predomínio de um ano a dois anos (38,6%), com tempo médio de  $M=2,1$  anos  $\pm$  (1,2). No entanto, a maioria dos estudos encontrados demonstraram tempo de cirurgia superior, como revelam Ng *et al.* (2019) com metanálise de seis estudos entre vários países, cujo tempo médio de cirurgia foi de quatro ou a seis anos. Em relação aos achados referentes às terapias realizadas, houve frequência elevada da quimioterapia (73,6%), assim como estudo realizado na Zona da Mata mineira sobre QV de mulheres mastectomizadas, que apontou que destas 81% realizaram o tratamento quimioterápico (BARBOSA *et al.*, 2017).

A reconstrução mamária foi um dado preocupante, devido ao alto número de mulheres que não realizaram o procedimento (82,5%), fato em desconformidade com o que determina a Lei n. 12.802/13, que ampara o direito da mulher mastetomizada à reconstrução mamária no mesmo ato cirúrgico ou, caso não apresente condições clínicas, terá o direito de realiza-la posteriormente (SOCIEDADE, 2018b).

O baixo número de cirurgias de reconstrução mamária pode ser constatado em estudo realizado no Triângulo Mineiro, Minas Gerais, com o percentual de 73,3% de mulheres que não realizaram a reconstrução mamária após mastectomia. Esses dados elevados estão muitas vezes atrelados a vários fatores, como falta de orientação profissional ou desconhecimento das leis, contraindicação médica ou mesmo medo de realizar novo procedimento cirúrgico após grande tempo da mastectomia (ALVARENGA *et al.*, 2018; IBIAPINA *et al.*, 2015).

A não realização da reconstrução da mama pós-mastectomia traz prejuízos na QV e afeta várias dimensões da vida da mulher, situação exposta em estudo sobre

sexualidade, depressão e imagem corporal após reconstrução mamária que evidenciou a melhora na função sexual, imagem corporal e menos sintomas depressivos em mulheres que realizaram o procedimento estético (ARCHANGELO *et al.*, 2019).

Por outro lado, estudos revelam que a não realização da reconstrução mamária após a mastectomia pode estar vinculada a elementos que ultrapassam as boas condições clínicas ou à disponibilidade de profissional para realização. Para algumas mulheres, o desejo de permanecer sem a mama surge com aceitação da nova condição, medo de nova cirurgia, desígnio divino, solução de sua doença ou mesmo a troca pela vida e sobrevivência (CARVALHO *et al.*, 2018; SOMOGYI *et al.*, 2015).

As demandas e cuidados com a mulher com câncer mostram-se enormes por isso o acompanhamento multiprofissional se faz indispensável, condição observada neste estudo, no qual as participantes tiveram acesso a nutricionista (71,9%), psicólogo (57,9%), fisioterapeuta (84,2%). Para Bueno, Azevedo e Nunes (2017), enfrentar as consequências do tratamento do câncer não é fácil, devido às alterações físicas, psicológicas e nutricionais vivenciadas. Em função disso, há necessidade do apoio da equipe multidisciplinar.

Diante dos dados sociodemográficos e clínicos apresentados, pode-se inferir que a caracterização dessa população oferece subsídios para o processo de delineamento e elaboração de políticas para demandas específicas, pois vários são os fatores que influenciam a qualidade de vida da mulher mastectomizada. As informações expostas podem ainda ser utilizadas por profissionais de saúde em fase inicial de diagnóstico, para que a paciente, de forma consciente e conjunta, tome a melhor decisão quanto ao tipo de tratamento, como forma de minimizar os danos sobre a QV.

### 6.3 QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA

A QV da população do estudo foi avaliada por meio da relação dos escores médios encontrados em cada domínio dos questionários QLQ-C30 e QLQ-BR23.

### 6.3.1 Qualidade de vida QLQ-C30

Na Tabela 3, estão presentes os dados descritivos (média e desvio-padrão) relativos aos resultados obtidos na escala EORTC QLQ-C30.

**Tabela 3** – Caracterização da qualidade de vida – domínios QLQ-C30 (N= 57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

<b>Domínios QLQ-C30</b>	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	8	100	58,3	<b>62,3</b>	19,6
<b>Escala Funcional</b>	24	100	66,7	64,8	19,6
Função física	20	100	73,3	<b>69,6</b>	17,9
Desempenho das funções	0	100	66,7	<b>55,6</b>	31,2
Função emocional	0	100	66,7	<b>61,3</b>	32,4
Função cognitiva	0	100	66,7	<b>62,0</b>	34,3
Função social	0	100	83,3	<b>72,2</b>	29,4
<b>Escala de Sintomas</b>	0	74	23,1	<b>28,5</b>	18,9
Fadiga	0	100	33,3	<b>35,1</b>	28,7
Náusea e vômito	0	100	0,0	14,0	24,2
Dor	0	100	33,3	<b>38,6</b>	28,2
Dispneia	0	100	0,0	15,8	28,9
Insônia	0	100	33,3	32,2	35,6
Falta de apetite	0	100	0,0	18,7	32,1
Constipação	0	100	0,0	21,1	33,1
Diarreia	0	100	0,0	7,0	18,6
Dificuldades financeiras	0	100	66,7	<b>64,9</b>	33,6

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Destaca-se que o escore médio Estado de Saúde Global e QV,  $62,3 \pm (19,6)$  está relativamente mais próximo de cem, sendo considerado um índice moderado pelas mulheres. Ao analisar a Escala Funcional, observaram-se melhores escores médio na função social,  $72,2 \pm (29,4)$ , seguida da função física,  $69,3 \pm (17,9)$ . Escores médio mais baixos foram relacionados ao desempenho das funções,  $55,6 \pm (31,2)$ , função emocional,  $61,3 \pm (32,4)$  e função cognitiva,  $62 \pm (34,3)$ , que demonstram ainda tendência para uma QV moderada.

Em relação à Escala de Sintomas, o baixo escore médio,  $28,5 \pm (18,9)$ , encontrado representa tendência a melhor QV. Entre os domínios que apresentaram escores médios mais elevados, observam-se sintomas como dor,  $38,6 \pm (28,2)$ , seguida de fadiga,  $35,1 \pm (28,7)$ . A exceção foi o domínio dificuldades financeiras,  $64,9 \pm (33,6)$ , que representa grande comprometimento na QV das participantes.

Na avaliação da Escala Global de Saúde e QV,  $62,3 \pm (19,6)$ , no módulo genérico QLQ-C30, observou-se resultado inferior ao estudo de Barbosa *et al.* (2017), realizado com mulheres pós-cirurgia oncológica mamária, que evidenciou escore médio elevado na escala de  $75,2 (DP= \pm 22,11)$ . Todavia ainda se confere às participantes deste estudo tendência para a boa QV.

A análise do questionário QLQ-C30 demonstra tendência à boa QV tanto na Escala Funcional quanto na de Sintomas, com escores médios semelhantes aos encontrados no estudo com mulheres egípcias com câncer de mama após cirurgia. A função social foi o escore médio mais alto,  $87,91 \pm (17,92)$ , seguida da função física,  $83,37 \pm (12,54)$ , apresentando menores escores na função emocional, atividades diárias e cognitiva. Quanto aos sintomas, os escores acentuaram-se igualmente neste estudo, nas dificuldades financeiras, seguidas de fadiga e dor (ENIEN *et al.* 2018).

Na comparação dos estudos, observa-se similaridade nos resultados da avaliação do questionário QLQ-C30, apesar de diferenças entre as participantes dos estudos, com predomínio da religião muçulmana, criação voltada aos cuidados do lar e a sexualidade vista como tabu. Foi possível inferir que a mulher com câncer de mama perpassa por danos semelhantes após o tratamento, nas mais diversas culturas.

O domínio função social apresentou melhor escore médio, de  $72,2 \pm (29,4)$ , demonstrando a boa relação social que as participantes têm mantido. É importante salientar que bons escores nas relações sociais da mulher com câncer dependem de apoio familiar, amigos e profissionais de saúde, aliado ao modo com que enfrenta cada fase de seu tratamento (BINOTTO; SCHWARTSMANN, 2020).

Além de o apoio familiar e de amigos ser relevante para a função social, Faria *et al.* (2016) destacam que o tempo é fator essencial para que ocorra o ajustamento social e a melhora na percepção da QV, pois, em seu estudo, o grupo de mulheres mastectomizadas com mais de cinco anos de cirurgia e com maiores escores social e familiar apresentou os melhores resultados.

O apoio social atua de forma decisiva na melhora da QV. Zhang *et al.* (2017), ao avaliarem pacientes chinesas com câncer de mama, constataram que as participantes com maior apoio social apresentaram mais resiliência e melhor QV.

A resiliência mostra-se intimamente relacionada a melhor QV, pois, durante a análise da QV de mulheres com câncer de mama após a cirurgia, utilizando os questionários QLC-C30 e QLQ-BR23, evidenciou-se que as participantes com maior

resiliência apresentaram resultados significativamente melhores na maioria dos aspectos avaliados (RISTEVSKA-DIMITROVSKA *et al.*, 2015).

Desse modo, é possível concluir que, apesar de este estudo possuir uma população que foi submetida à mastectomia recentemente, com tempo médio de cirurgia de dois anos e um mês, estas apresentaram escores médios moderados na maioria dos domínios avaliados, principalmente na função social, que sugere boa resiliência frente ao tratamento cirúrgico realizado.

A função física da Escala Funcional (Tabela 3) foi o segundo domínio com escore médio mais elevado,  $69,6 \pm (17,9)$ , que demonstra tendência a boa QV, porém literaturas sobre QV de mulheres em pós-operatório tardio, utilizando o mesmo instrumento deste estudo, evidenciaram valores superiores, com escores médios de 78 em mulheres marroquinas; 88,9 em chilenas; 86,6 em croatas e 90,21 em nepalesas, denotando melhor função física e tendência a alta QV (EL FAKIR *et al.*, 2016; IRARRÁZAVAL *et al.*, 2016; MAHARJAN *et al.*, 2018; PAČARIĆ *et al.*, 2018).

A análise deste estudo reflete uma função física moderada, porém ressalta a necessidade de melhora, por meio do exercício físico, tendo em vista os inúmeros benefícios voltados à QV. O treinamento físico e sessões psicoeducativas realizadas por três meses após o tratamento de câncer de mama, incluindo o procedimento cirúrgico, não só melhoraram a aptidão física e a QV como também contribuíram para a redução da gordura corporal e estabilizaram o índice de massa corpórea (IMC) das sobreviventes (LECLERC *et al.*, 2017).

Os benefícios da prática de exercícios físicos, após o diagnóstico de câncer de mama, vão além da melhora da função física, visto que estão significativamente associados a menores escores de dor e fadiga e a maiores escores na função sexual (SHIN *et al.*, 2017).

O menor escore médio entre todos os domínios da Escala Funcional (Tabela 3) foi o desempenho das funções,  $55,6 \pm (31,2)$ , dado consideravelmente inferior aos encontrados nos estudos, que obtiveram resultados elevados,  $82,3 \pm (25,2)$  e  $86,7 \pm (18,38)$ , com tendência a alta QV (GANESH; LYE; LAU, 2016; SHANDIZ *et al.*, 2017).

O desempenho das atividades diárias torna-se afetado após a mastectomia, pois mulheres relataram enfrentar maiores dificuldades na realização de tarefas que anteriormente à cirurgia conseguiam realizar plenamente, como atividades de autocuidado, tarefas domésticas e sua função laboral (DIAS *et al.*, 2017).

Em virtude disso, uma das formas de potencializar o escore de desempenho das funções é a reabilitação, por meio de fisioterapia, estratégia que melhora tanto a função física quanto o desempenho das atividades diárias, além de auxiliar na socialização das mulheres mastectomizadas, pois se torna suporte de apoio (FIREMAN *et al.*, 2018).

A função emocional seguiu como um dos menores escores médios da Escala funcional,  $61,3 \pm (32,4)$ . Nos estudos de El Fakir *et al.* (2016) e Irarrázaval *et al.* (2016) corroboraram que a função emocional apresentou-se como o menor escore médio,  $62,5 \pm (28,5)$  e  $72,1 \pm (24,3)$  respectivamente, em mulheres após a mastectomia.

A literatura é unânime quanto às mudanças emocionais, devido à realização da mastectomia, que gera reações psicológicas, como estresse, depressão e ansiedade (HEIDARI; SHAHBAZI; GHODUSI, 2015; TRIPATHI *et al.*, 2017; TSARAS *et al.*, 2018).

Desse modo, compreender todos os estágios que a portadora de câncer de mama percorre e que cada fase possui peculiaridades e processos diferentes de enfrentamento é importante para apoio emocional. Olsson *et al.* (2017) destacam que, após a cirurgia de câncer de mama, ter o suporte emocional e o bom funcionamento emocional está associado à satisfação com a vida de forma geral.

Em relação à função cognitiva das participantes, nota-se escore médio  $62 \pm (34,3)$ , porém, quando comparado a outras pesquisas, observam-se resultados mais elevados,  $84,1$  e  $81,56 \pm (17,19)$  (GANESH; LYE; LAU, 2016; SHANDIZ *et al.*, 2017).

Problemas cognitivos são frequentemente relatados por pacientes com câncer e podem afetar sua QV. O déficit cognitivo geralmente está associado à utilização da quimioterapia e o seu comprometimento está significativamente relacionado à idade das pacientes no momento do uso. As mulheres com idade menor que 55 anos tiveram o funcionamento cognitivo significativamente inferior até 24 meses após o tratamento (GREGOROWITSCH *et al.*, 2019).

No entanto, o estudo de Van der Willik *et al.* (2018) demonstra que o processo inflamatório danifica o sistema nervoso em mulheres com câncer de mama e resulta em função cognitiva mais baixa em comparação às mulheres sem a doença, com comprometimento presente até 20 anos após o fim do tratamento.

Em razão dos dados apresentados, intervenções antes e depois do tratamento, bem como durante, como a psicoeducação, assistência psicológica e psicoterapia especializada são aconselhadas para melhorar a resiliência geral da imagem corporal,

disfunções emocionais e a função cognitiva em mulheres mastectomizadas. Isso porque o funcionamento cognitivo foi associado positivamente à satisfação com a vida (IZYDORCZYK *et al.*, 2018; OLSSON *et al.*, 2017).

No que se refere à Escala de Sintomas (Tabela 3), a variável dificuldades financeiras foi ponto relevante, com escore médio elevado,  $64,9 \pm (33,6)$ , que denota mulheres afetadas economicamente. Por isso é necessária atenção redobrada, para que seja possível garantir o acesso integral ao tratamento do SUS, inclusive no pós-tratamento, com monitoração de recidiva, a fim de que os custos não recaiam sobre o orçamento familiar.

Dado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada com mulheres portadoras de câncer de mama no Marrocos, cuja saúde global apresentou escore médio  $68,5 \pm (18,5)$  e a QV foi classificada como inferior à da mesma população em outros países, inclusive apresentando como sintoma mais elevado as dificuldades financeiras, com escore médio  $63,2 \pm (38,2)$  (EL FAKIR *et al.*, 2016).

Em contrapartida, estudos com tempo maior de cirurgia apontam melhora significativa das dificuldades financeiras após o tratamento cirúrgico, com escores médios baixos  $10,7 \pm (24,5)$ ,  $40,35 \pm (28,69)$ ,  $40,1 \pm (31,6)$  (GANESH; LYE; LAU, 2016; SILVA, 2018; VILLAR *et al.*, 2017). Tal fato, possibilita a reflexão de que o tempo poderá ser um fator importante, para a redução das dificuldades econômicas das mulheres deste estudo, mas não exclui a importância do apoio financeiro necessário para diminuir os impactos na QV.

O impacto econômico devido ao câncer de mama foi relatado por mulheres na Malásia, que possui sistema de saúde misto, apontando que as dificuldades financeiras não se limitaram apenas ao período de tratamento ativo, também se arrastaram por vários anos. As dificuldades variaram desde as necessidades básicas, como alimentos, transporte para as pacientes de baixa renda, até contratação de empregados domésticos, alimentos especiais e aparelhos de saúde de alto custo para as de maior renda (KONG *et al.*, 2020).

A perda de recursos econômicos devido ao tratamento com câncer de mama pode gerar transtornos que afetam várias dimensões da QV, como revelam Meneses *et al.* (2012) em estudo realizado nos Estados Unidos, com sobreviventes do câncer de mama. Concluíram que houve problemas econômicos pós-tratamento que foram associados significativamente a pior QV.

Os estudos apresentados aludem à fragilidade do cenário econômico das pacientes durante e após o tratamento de câncer de mama, pois, de alguma forma, todas as classes sociais são afetadas em suas necessidades, o que faz indispensável o acompanhamento da situação, para que as dificuldades financeiras não sejam barreiras impeditivas para conclusão do tratamento e cura das pacientes.

Outro domínio avaliado, na Escala de Sintomas, foi dor e fadiga, manifestações persistentes na vida da população deste estudo, com escore  $38,6 \pm (28,2)$  e  $35,1 \pm (28,7)$  respectivamente. Um estudo realizado no centro de referência ao atendimento de câncer no Nepal, sobre a QV após a mastectomia, com instrumentos similares ao utilizados nesta pesquisa, demonstrou baixos escores para sintomas. Os escores que se mostraram mais elevados foram a fadiga, com  $12,37 \pm (9,32)$ , e dor,  $7,47 \pm (8,63)$  (MAHARJAN *et al.*, 2018).

Dor e fadiga no pós-operatório do câncer de mama são sintomas comuns nessa população e podem ser considerados um cluster de sintomas (aglomerado de sintomas relacionados entre si), demonstrando correlação positiva e significativa entre eles. São considerados também efeito colateral da doença ou tratamento, que perdura por muitos anos, mesmo após o término do tratamento (JOLY *et al.*, 2019; LAMINO; MOTA; PIMENTA, 2011).

Embora o presente estudo tenha indicado na Escala de Sintomas escores médio baixos, uma metanálise sobre dor persistente após a mastectomia revela que dimensões psicossociais e da QV são afetadas negativamente, o que interfere no desempenho das atividades diárias, imagem corporal e sexual, além de causar transtornos de humor, depressão, ansiedade, tendência para catastrofização, fadiga e alteração do sono (TAIT *et al.*, 2018).

Um estudo realizado na Turquia, que avaliou pacientes que foram submetidas à mastectomia, apontou que a dor pós-mastectomia variou de 20% a 68% dessa população e que 64,1% das participantes desenvolveram a dor, afetando as atividades da vida diária, função emocional, relações pessoais, resultando em imensa carga econômica para os serviços de saúde, sobretudo as mulheres que realizaram a mastectomia não conservadora (BEYAZ *et al.*, 2016).

Portanto é necessário atentar-se para aos resultados da Escala de Sintomas deste estudo, pois, embora apresente escores médios baixos, quando comparados com outros estudos, são relativamente maiores. Deve-se considerar, ainda, que, por

menores que sejam os escores sintomáticos apresentados, há necessidade de ser avaliados cuidadosamente para que não interfiram na QV dessas mulheres.

### 6.3.2 Qualidade de Vida QLQ-BR23

A Tabela 4 apresenta a caracterização da QV avaliada pelo QLQ-BR23, questionário específico para o câncer de mama.

**Tabela 4** – Caracterização da qualidade de vida – domínios QLQ-BR23 (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios QLQ-BR23	Mín.	Máx.	Mediana	Média	DP
<b>Escala Funcional</b>	0	83	58,3	53,7	19,7
Imagem Corporal	0	100	83,3	<b>73,2</b>	30,6
Perspectiva do futuro	0	100	66,7	<b>49,1</b>	37,3
Função sexual	0	83	16,7	<b>21,1</b>	21,5
Satisfação Sexual	0	100	33,3	<b>42,0</b>	23,7
<b>Escala de Sintomas</b>	0	88	26,7	<b>29,7</b>	19,9
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	0	85	28,6	31,3	21,4
Queda de cabelo	0	100	33,3	<b>34,7</b>	33,3
Sintomas nos braços	0	100	22,2	<b>33,5</b>	30,0
Sintomas nas mamas	0	100	16,7	24,1	22,6

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Na análise da Tabela 4, observa-se que a Escala Funcional obteve melhor escore médio relacionado à imagem corporal,  $73,2 \pm (30,6)$ , demonstrando tendência para a boa QV. Em contrapartida, apresentou expressiva queda nos escores médios da função sexual,  $21,1 \pm (21,5)$ ; satisfação sexual,  $42 \pm (23,7)$  e perspectivas do futuro,  $49,1 \pm (37,3)$ , apontando tendência ao comprometimento da QV dessas mulheres.

A Escala de Sintomas manteve-se com escores médios baixos, indicando tendência para melhor QV. Entre os escores médios sintomáticos mais elevados, encontram-se a queda de cabelo,  $34,7 \pm (33,3)$ , e sintomas nos braços,  $33,5 \pm (30,0)$ .

O presente estudo apresenta a imagem corporal como melhor escore médio funcional no questionário QLC-BR23, seguida de queda nos escores médios, função sexual, satisfação sexual. Essas informações corroboram os resultados de estudo realizado com mulheres após o tratamento de câncer em Goiânia-Goiás, avaliadas pelo mesmo questionário. A investigação apontou escores médios similares aos desta

pesquisa, com escore médio na imagem corporal, 63,5, e escores médios baixos na função sexual: desejo, 34,63; frequência, 32,33, e satisfação sexual, 45,31 (MORAIS *et al.*, 2016).

O estudo realizado com mulheres egípcias após tratamento de câncer de mama considerou a imagem corporal e o funcionamento sexual como os escores médios mais baixos,  $74,51 \pm (13,21)$  e  $74,45 \pm (14,89)$  respectivamente, entre todos os domínios avaliados. No entanto, ainda denotam tendência para boa QV (ENIEN *et al.*, 2018).

Diversos estudos apresentam piora da autoimagem corporal da mulher após a mastectomia, demonstrando os prejuízos e o impacto negativo sobre a avaliação da QV quando se compara a outros tratamentos. As mulheres sentem-se influenciadas pelo padrão de beleza idealizado pela mídia e, com as modificações sofridas pela cirurgia, a nova imagem corporal acarreta efeitos negativos em sua vida (BOING *et al.*, 2017; TÜRK; YILMAZ, 2018).

A imagem corporal é uma das primeiras dimensões afetadas após a mastectomia, porém é necessário um conjunto de processos vivenciados desde o diagnóstico até a cirurgia, incluindo as experiências do dia a dia após a cirurgia. A princípio, o procedimento cirúrgico representa a mutilação do corpo, por meio da perda de um dos maiores símbolos de feminilidade, com a sensação iminente da falta de algo, que causa sentimentos de incerteza, tristeza e vergonha (BAQUIÃO *et al.*, 2019).

No entanto, observou-se a imagem corporal com tendência a boa QV neste estudo, fato que pode ser justificado por Timm *et al.* (2017), ao apontar que todas as participantes de seu estudo, antes de apresentarem boa aceitação da imagem corporal, passaram pela negação, medo, incerteza e baixa autoestima. O tempo e o uso de estratégias (prótese removível, reconstrução mamária, fé, apoio familiar, amigos e, sobretudo, a crença na cirurgia como caminho para cura) auxiliaram na melhora da imagem corporal e QV.

Ainda em relação à Escala Funcional, percebeu-se com escore médio mais baixo na função sexual,  $21,1 \pm (21,5)$ , seguida da satisfação sexual,  $42 \pm (23,7)$ , indicando comprometimento da QV. Sob essa ótica, um estudo focado na avaliação da QV sexual de mulheres mastectomizadas e o ajuste diático de casais, realizado em Istambul, indicou que as entrevistadas apresentaram escores afetados de forma negativa na QV (TELLI; GÜRKAN, 2019).

Em conformidade com o exposto, Cobo-Cuenca *et al.* (2018) avaliaram mulheres espanholas com câncer de mama após os tratamentos e evidenciaram que 91,2% delas apresentaram algum tipo de disfunção sexual, como dor na penetração (50,6%), alteração na lubrificação (50,6%), desejo disfuncional (44,6%) e excitação disfuncional (44,6%). Em relação à satisfação sexual, 66,3% referiram estar satisfeitas com as relações sexuais.

A satisfação sexual na Escala Funcional foi outra condição destacada neste estudo, com escore médio reduzido,  $42,0 \pm (23,7)$ , que significa comprometimento na QV. Dado semelhante foi encontrado por Hirschle, Maciel e Amorim (2018) sobre a satisfação sexual da mulher mastectomizada e seu parceiro, que ressaltaram a diminuição da satisfação do casal quando avaliada antes e depois da realização do procedimento cirúrgico.

Os impactos do tratamento de câncer de mama surgem desde o início do tratamento, seja qual for o tipo (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia) e refletem diretamente na sexualidade. Há a ocorrência de efeitos colaterais, como atrofia vulvovaginal, dispareunia, irritação, diminuição da lubrificação vaginal, inibição da libido, menopausa precoce, náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, e se intensificam com a hormonioterapia utilizada geralmente por cinco anos, resultando no aumento dos distúrbios sexuais (MARTINS *et al.*, 2020; SOCIEDADE, 2017).

A respeito do domínio perspectivas do futuro da Escala Funcional com escore médio de  $49,1 \pm (37,3)$ , este representa mulheres inseguras quanto ao seu estado de saúde no futuro. Dado semelhante foi apontado em estudo, realizado na Etiópia, que avaliou mulheres mastectomizadas acerca das perspectivas do futuro sobre sua saúde, com escore médio baixo, de 40,3 (ABEBE *et al.*, 2020).

Villar *et al.* (2017) realizaram avaliação da QV antes e depois de dois anos de tratamento de câncer de mama e apontaram que as perspectivas quanto ao futuro melhoraram de  $46,0 \pm (33,5)$  antes do tratamento, para  $54,6 \pm (33,1)$  após. Houve significância entre as variáveis, e concluíram que baixos escores ocorrem no diagnóstico e melhoram com o início e depois do tratamento, pois passam a ter confiança na cura.

O estudo de Wani *et al.* (2018) também demonstra melhora da perspectiva futura com o passar do tempo. A avaliação nos seis primeiros meses de tratamento para o câncer de mama, que incluía o procedimento cirúrgico, apontou escore de 28,28 e, após dois anos, aumentou para 31,31, com resultado estatístico significativo.

No entanto, embora se tenha obtido a melhora da perspectiva futura, o escore médio ainda é baixo, semelhante ao deste estudo, quando se considera a pontuação máxima de cem.

A Escala de Sintomas (Tabela 4), manteve-se com baixo escore médio, 29,7, indicando tendência a melhor QV. Estudo similar com mulheres pós-mastectomia, realizado tanto no Brasil como na Etiópia, utilizando o mesmo instrumento aplicado nesta pesquisa, indicou menor quantidade de sintomas com escore médio de 25,7 e 19,1 respectivamente (ABEBE *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2017).

Em relação aos domínios mais afetados na Escala de Sintomas, observou-se a queda de cabelo, 34,7 (33,3) e sintomas nos braços, 33,5 ± (30,0), resultados também mais acentuados nos estudos que avaliaram a QV após a mastectomia, apresentando queda de cabelo, 12,66 ± (17,67) e sintomas nos braços, 23,6 ± (21,6), como os mais alterados (EL FAKIR *et al.*, 2016; MAHARJAN *et al.*, 2018).

### **6.3.3 Correlações com a Qualidade de Vida**

Para investigar a correlação entre a QV e os dados sociodemográficos e clínicos, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman para correlações dos escores dos domínios com variáveis quantitativas ou ordinais e o Teste de Mann-Whitney para comparação dos escores dos domínios entre dois grupos independentes.

Para as conclusões dos resultados dos testes estatísticos, foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as associações e as diferenças entre grupos foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Para estudar os fatores associados com a QV, foram considerados os escores médios das escalas e domínios do QLQ-C30 e do QLQ-BR23. Esses escores variam de 0 a 100, sendo que escores médio mais altos no Estado de Saúde Global e QV indicam melhor QV; escores médios mais altos na Escala Funcional indicam melhores níveis de capacidade funcional e escores médios mais altos na Escala de Sintomas indicam um nível mais alto de sintomas/problemas, demonstrando o comprometimento da QV.

### 6.3.4 Correlações Sociodemográficas com QV

Na avaliação da correlação entre as variáveis da QV e a idade das participantes (Tabela 5), foi aplicado o questionário QLQ-C30, que mostra não existir diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres mais jovens (até 50 anos) e as mais velhas (acima de 50 anos) em nenhuma das escalas ou domínios ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 5** – Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com a idade (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Idade		Teste de Mann-Whitney
	Até 50 anos M (DP)	Acima de 50 anos M (DP)	
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	59,3 (18,7)	64,6 (20,2)	$p = 0,401$
<b>Escala Funcional</b>	63,6 (21,0)	65,8 (18,7)	$p = 0,612$
Função física	69,9 (18,3)	69,4 (17,9)	$p = 0,968$
Desempenho das funções	59,3 (32,3)	52,6 (30,6)	$p = 0,401$
Função emocional	53,3 (33,2)	67,4 (30,8)	$p = 0,101$
Função conitiva	62,7 (36,7)	61,5 (32,9)	$p = 0,719$
Função social	74,0 (30,1)	70,8 (29,3)	$p = 0,615$
<b>Escala de Sintomas</b>	32,4 (20,0)	25,4 (17,7)	$p = 0,168$
Fadiga	40,9 (30,0)	30,6 (27,2)	$p = 0,178$
Nausea e vômito	19,3 (27,5)	9,9 (20,7)	$p = 0,138$
Dor	39,3 (29,6)	38,0 (27,5)	$p = 0,961$
Dispneia	24,0 (35,4)	9,4 (21,1)	$p = 0,093$
Insônia	42,7 (39,1)	24,0 (30,8)	$p = 0,067$
Falta de apetite	20,0 (31,9)	17,7 (32,8)	$p = 0,611$
Constipação	21,3 (34,5)	20,8 (32,5)	$p = 0,955$
Diarréia	5,3 (12,5)	8,3 (22,4)	$p = 0,949$
Dificuldades financeiras	68,0 (34,0)	62,5 (33,6)	$p = 0,515$

**Fonte:** Dados da Pesquisa

No entanto, quando avaliadas com o questionário QLQ-BR23, instrumento específico para câncer de mama (Tabela 6), registraram-se diferenças significativas na escala funcional ( $p = 0,042$ ) e no domínio imagem corporal ( $p = 0,004$ ). Isso demonstra que as mulheres mais velhas tiveram escores médios mais altos em ambos os casos, apontando tendência a melhor funcionalidade e QV em relação às mulheres mais jovens.

**Tabela 6** – Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com a idade (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Idade		Teste de Mann-Whitney
	Até 50 anos M (DP)	Acima de 50 anos M (DP)	
<b>Escala Funcional</b>	47,8 (20,6)	58,3 (17.9)	<b>p = 0,042</b>
Imagem Corporal	62,7 (29,2)	81,5 (29.5)	<b>p = 0,004</b>
Perspectiva do futuro	44,0 (40,5)	53,1 (34.8)	p = 0,365
Função sexual	24,7 (19,3)	18,2 (22.9)	p = 0,164
Satisfação Sexual	41,7 (25,8)	42,4 (21.6)	p = 0,953
<b>Escala de Sintomas</b>	33,1 (20,6)	27,1 (19.3)	p = 0,253
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	36,2 (22,9)	27,5 (19.7)	p = 0,149
Queda de cabelo	37,5 (33,0)	33,3 (34.4)	p = 0,697
Sintomas nos braços	36,9 (29,2)	30,9 (30.9)	p = 0,292
Sintomas nas mamas	25,0 (24,2)	23,4 (21.7)	p = 0,781

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Os achados do presente estudo foram semelhantes aos de uma revisão sistemática com 36 estudos, a maioria do tipo transversal, que utilizou os mais variados instrumentos para avaliar a imagem corporal em mulheres jovens após câncer de mama. Apontou que as mulheres mais jovens apresentaram piores escores de imagem corporal estando relacionados às disfunções física, psicológica e sexual (PATERSON *et al.*, 2016).

Vários são os fatores que podem levar uma mulher jovem com câncer de mama a apresentar escores médios de QV afetados, como a dificuldade de lidar com os relacionamentos, menopausa precoce devido ao tratamento, desempenho sexual e imagem corporal alterados, em razão da retirada do seio. Este, tradicionalmente, é associado à sexualidade, identidade feminina e maternidade (JABŁOŃSKI *et al.*, 2018).

Ressalta-se que a visão do corpo perfeito pode ter sido fator determinante para as mulheres jovens deste estudo, pois a retirada da mama lhes causa desconforto com sua imagem e conseqüentemente interfere na QV. Tal tendência também foi apresentada por Gazola *et al.* (2017), em estudo sobre a percepção de mulheres jovens após a mastectomia, apontou que a cirurgia interfere negativamente na autoimagem corporal e na sexualidade, pois as participantes acreditam que a mama é símbolo de feminilidade e saúde da mulher.

Em relação às variáveis da QV e estado conjugal das participantes do presente estudo (Tabela 7), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com parceiro e sem parceiro, em nenhuma das escalas ou domínios do questionário QLQ-C30 ( $p > 0.05$ ).

**Tabela 7** – Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com o estado conjugal (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Estado Conjugal		Teste de Mann-Whitney
	Sem parceiro M (DP)	Com parceiro M (DP)	
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	62,7 (19,7)	62,0 (19,7)	p = 0,677
<b>Escala Funcional</b>	64,3 (19,9)	65,3 (19,7)	p = 0,847
Função física	68,8 (15,0)	70,2 (20,1)	p = 0,627
Desempenho das funções	53,3 (27,6)	57,3 (34,1)	p = 0,519
Função emocional	63,7 (35,2)	59,4 (30,4)	p = 0,424
Função cognitiva	59,3 (36,0)	64,1 (33,4)	p = 0,629
Função social	70,0 (31,2)	74,0 (28,4)	p = 0,700
<b>Escala de Sintomas</b>	27,7 (17,7)	29,1 (20,0)	p = 0,942
Fadiga	33,8 (30,0)	36,1 (28,1)	p = 0,638
Náusea e vômito	12,7 (23,7)	15,1 (24,8)	p = 0,875
Dor	37,3 (26,0)	39,6 (30,2)	p = 0,857
Dispneia	18,7 (32,0)	13,5 (26,6)	p = 0,638
Insônia	32,0 (40,2)	32,3 (32,2)	p = 0,719
Falta de apetite	16,0 (27,4)	20,8 (35,7)	p = 0,860
Constipação	20,0 (33,3)	21,9 (33,5)	p = 0,653
Diarreia	8,0 (14,5)	6,3 (21,5)	p = 0,182
Dificuldades financeiras	64,0 (34,6)	65,6 (33,3)	p = 0,886

**Fonte:** Dados da pesquisa

Porém, quando aplicado o questionário QLQ-BR23 (Tabela 8), registrou-se diferença significativa no domínio função sexual ( $p = 0,024$ ), demonstrando que as mulheres com parceiro (a) possuem tendência à melhor QV quando comparadas às mulheres sem parceiro.

**Tabela 8** – Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o estado conjugal (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Estado conjugal		Teste de Mann-Whitney
	Sem parceiro M (DP)	Com parceiro M (DP)	
<b>Escala Funcional</b>	55,7 (18,4)	52,2 (20,8)	p = 0,595
Imagem Corporal	80,0 (29,9)	68,0 (30,6)	p = 0,057
Perspectiva do futuro	46,7 (38,5)	51,0 (36,9)	p = 0,660
Função sexual	14,7 (21,1)	26,0 (20,7)	<b>p = 0,024</b>
Satisfação Sexual	33,3 (36,5)	44,4 (19,2)	p = 0,163
<b>Escala de Sintomas</b>	26,1 (17,1)	32,5 (21,7)	p = 0,322
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	27,0 (18,8)	34,7 (23,0)	p = 0,194
Queda de cabelo	47,6 (17,8)	29,4 (37,0)	p = 0,074
Sintomas nos braços	31,1 (29,6)	35,4 (30,7)	p = 0,503
Sintomas nas mamas	20,0 (18,3)	27,3 (25,3)	p = 0,391

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Evidências da pesquisa de Archangelo *et al.* (2019) corroboram os resultados deste estudo, pois, ao avaliar grupos de mulheres mastectomizadas, descobriram que

a disfunção sexual também foi significativamente maior no grupo de mulheres mastectomizadas sem parceiros.

A mastectomia atualmente é considerada como preditor de morbidade sexual em sobreviventes de câncer em longo prazo e foi associada aos piores níveis de angústia, devido à alteração sexual e corporal e ao ganho de peso pós-tratamento, causando maior insatisfação corporal e estresse em razão da mudança física. A mulher passa a ter novas representações sobre o corpo diante do estigma da doença, medo e vergonha de se expor a novas pessoas (HIRSCHLER; MACIEL; AMORIM, 2018; RAGGIO *et al.*, 2014).

Apesar da diminuição da satisfação sexual de casais após a mastectomia, a vida sexual ainda foi considerada boa, uma vez que o parceiro se torna suporte social importante no enfrentamento da doença, na aceitação da nova imagem corporal e, quando comparadas às mulheres solteiras, verifica-se que elas possuem melhores escores de otimismo (CROFT; SORKIN; GALLICCHIO, 2014; HIRSCHLER; MACIEL; AMORIM, 2018).

A avaliação da função sexual de mulheres mastectomizadas tornou-se prática relevante para a QV, uma vez que os tratamentos para o câncer de mama buscam cada vez mais promover maior sobrevida. A sexualidade passa a ser um importante indicador de satisfação consigo mesma para a melhora da QV da mulher contemporânea.

Outro achado relevante quando correlacionado à QV foi o aspecto financeiro das entrevistadas que, para associar à QV, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman, cujo resultado ( $R = -0,380$ ,  $p = 0,004$ ) apontou que existe uma correlação negativa. Quanto mais alta é a renda familiar, menores são os problemas financeiros devidos à doença ou tratamento, logo melhor a QV.

A relevância desse dado se dá pelo fato de as entrevistadas serem assistidas pelo SUS, responsável pelo tratamento de forma integral e gratuita, ou seja, o tratamento não deveria impactar a renda das mesmas. No entanto, conforme análise de Kaliks *et al.* (2017) sobre os quatro principais tipos de câncer no Brasil, entre eles o câncer de mama, o SUS possui um padrão de tratamento inferior ao realizado na Saúde Suplementar ou mesmo ao preconizado pelo próprio MS.

No Brasil, estudo realizado numa cidade de Minas Gerais, com mulheres após intervenção cirúrgica de câncer de mama, revela que o tratamento impactou financeiramente 45,9% das entrevistadas. Estas relataram não ter dinheiro ou possuir muito pouco para as necessidades básicas e por isso as dificuldades financeiras

interferiam na adesão ao tratamento, com a aquisição de medicamentos, realização de exames de controle ou mesmo no acompanhamento médico devido à falta de dinheiro para o transporte (GOMES; SILVA, 2016).

Em vista da deficiência do tratamento ofertado pelo SUS, as mulheres com câncer de mama necessitam complementar financeiramente sua renda de forma paralela. Isso pode afetar substancialmente a vida econômica e a QV dessas mulheres por ser um tratamento que requer monitoramento em longo prazo.

Sob essa ótica, estudos internacionais revelam que as mulheres com câncer de mama sofrem por muito tempo após o diagnóstico com a carga econômica da doença, e aquelas nas quais são desencadeadas comorbidades experimentam uma toxicidade financeira maior, muitas vezes, perdendo oportunidades de melhorar a situação econômica. A toxicidade financeira afeta a sobrevivência e está associada à piora da QV de forma geral (DEAN *et al.*, 2019; ROSENZWEIG *et al.*, 2019).

As despesas decorrentes do tratamento ocorrem no período crítico da vida das mulheres com câncer de mama, pois estão sensíveis e amedrontadas. Passam a vivenciar, mais um problema, a perda do emprego, fato relatado por Wheeler *et al.* (2018) em estudo com 2.494 mulheres com câncer de mama, na Carolina do Norte (EUA). A investigação apontou impacto financeiro negativo alto entre as entrevistadas, principalmente devido à perda do emprego após o diagnóstico.

Diante da perda de renda financeira, novos problemas são gerados, como revela estudo realizado durante o tratamento de câncer de mama, que evidenciou alta toxicidade financeira e tensão financeira associada a sintomas mais graves de depressão, ansiedade e piora da carga física de sintomas e percepção de saúde (PERRY *et al.*, 2019).

Outra análise sobre a situação econômica de mulheres coreanas com câncer de mama predominantemente mastectomizadas constatou que as que possuíam emprego apresentavam melhores escores de QV, em razão de o *status* econômico estar significativamente associado com as alterações no aspecto visual, imagem corporal e QV (CHANG *et al.*, 2014).

### **6.3.5 Correlações Clínicas com QV**

A avaliação da QV e a variável tipo de cirurgia aplicada no questionário QLQ-C30 demonstrou de forma geral que as mulheres submetidas à quadrantectomia

apresentaram escores mais altos do que as submetidas à mastectomia na Escala Funcional (Tabela 9), com diferenças significativas no domínio função física ( $p = 0,024$ ) e desempenho das funções ( $p = 0,015$ ).

Em contrapartida, observou-se que a escala de sintomas das mulheres submetidas à mastectomia apresentou escores médios mais elevados (Tabela 9) em relação às mulheres que realizaram a quadrantectomia (cirurgia conservadora). Isso demonstra mais sintomas; logo, tendência a pior QV, com diferença significativa nas dificuldades financeiras ( $p = 0,006$ ).

**Tabela 9** – Correlações da qualidade de vida (QLQ-C30) com o tipo de cirurgia (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Tipo de cirurgia		Teste de Mann-Whitney
	Mastectomia M (DP)	Quadrantectomia M (DP)	
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	60,6 (19,1)	65,4 (20.5)	$p = 0,147$
<b>Escala Funcional</b>	61,4 (19,6)	71,2 (18.4)	$p = 0,089$
Função física	66,3 (15,6)	75,7 (20.6)	<b><math>p = 0,024</math></b>
Desempenho das funções	48,6 (29,2)	68,3 (31.5)	<b><math>p = 0,015</math></b>
Função emocional	58,8 (35,4)	65,8 (26.1)	$p = 0,718$
Função cognitiva	60,8 (34,7)	64,2 (34.3)	$p = 0,753$
Função social	67,6 (31,2)	80,8 (24.3)	$p = 0,105$
<b>(Escala de Sintomas)</b>	31,6 (19,1)	22,7 (17.4)	$p = 0,068$
Fadiga	36,3 (27,8)	32,8 (30.9)	$p = 0,538$
Náusea e vômito	18,5 (28,0)	5,8 (11.2)	$p = 0,085$
Dor	41,0 (24,4)	34,2 (34.4)	$p = 0,251$
Dispneia	20,7 (32,7)	6,7 (17.4)	$p = 0,071$
Insônia	31,5 (36,8)	33,3 (34.2)	$p = 0,735$
Falta de apetite	23,4 (35,0)	10,0 (24.4)	$p = 0,137$
Constipação	23,4 (36,7)	16,7 (25.4)	$p = 0,907$
Diarreia	9,9 (22,0)	1,7 (7.5)	$p = 0,099$
Dificuldades financeiras	73.9 (30,6)	48,3 (33.3)	<b><math>p = 0,006</math></b>

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Estudo realizado com três grupos de mulheres que se submeteram à cirurgia conservadora, mastectomia e reconstrução pós-mastectomia demonstrou que as que realizaram a cirurgia conservadora apresentaram diferenças estatísticas significativas no funcionamento físico e no funcionamento do papel em comparação aos grupos de mulheres mastectomizadas. As queixas mais frequentes dos três grupos cirúrgicos foram insônia, fadiga, dor e dificuldades financeiras (SPATUZZI *et al.*, 2016).

Outros estudos avaliaram o impacto da modalidade de cirurgia na QVRS de mulheres com câncer de mama, utilizando os instrumentos QLQ-C30 e QLQ-BR23 e constataram que tanto na Escala Funcional quanto na Escala de Sintomas, as mulheres que realizaram a cirurgia conservadora obtiveram escores médios melhores

e estatisticamente significativos quando comparadas com as que realizaram a mastectomia (ACIL; CAVDAR, 2014; ENIEN *et al.*, 2018).

Em relação à Escala de Sintomas apresentada na Tabela 7, observa-se associação estatística significativa entre as dificuldades financeiras e as mulheres que realizaram a mastectomia, apontando tendência a pior QV. Uma possível explicação para esse dado se revela nos estudos de Wang *et al.* (2018) com evidências de alta qualidade para uma associação significativa do desemprego com a realização da mastectomia em comparação à cirurgia conservadora.

Gastos adicionais com o tratamento podem também estar relacionados a piores desempenhos na avaliação da QV. Nesse sentido, Enien *et al.* (2018) revelam que a mastectomia apresentou piores escores médios na Escala Funcional com destaque para desempenho das funções e maior quantidade de sintomas como dor, fadiga, dor no braço e efeitos colaterais da terapia sistêmica (quimioterapia e hormonioterapia).

O estudo de Ng *et al.* (2019) corrobora sobre a mastectomia convencional e os efeitos da terapia sistêmica, destacando mais efeitos colaterais em comparação à cirurgia conservadora e vislumbra a possibilidade de esse efeito ocorrer em razão de estágios mais avançados do câncer, o que resulta na realização da mastectomia convencional e maiores dosagens de quimioterápicos.

Sob essa ótica, pode-se inferir que, diante dos problemas funcionais relacionados ao desempenho das funções e de sintomas elevados, a mulher que realizou a mastectomia poderá apresentar maiores dificuldades para o retorno às atividades remuneradas. Tendo em vista mais efeitos colaterais da quimioterapia, poderá necessitar de maior assistência médica, gerando custo financeiro adicional.

Embora o presente estudo tenha apresentado dados com diferenças estatísticas significantes entre as mulheres submetidas à mastectomia e aquelas que realizaram cirurgia conservadora, esses resultados divergem de algumas pesquisas que revelam não haver diferenças significativas na QV de forma geral entre os dois tipos de cirurgias (DEPPA *et al.*, 2020; MENDES *et al.*, 2017; SALIBASIC; DELIBEGOVIC, 2018; WU *et al.*, 2019).

Na avaliação do questionário QLQ-BR23 (Tabela 9), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres submetidas a quadrantectomia e a mastectomia em nenhuma das escalas ou domínios do QLQ-BR23 ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 10-** Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o tipo de cirurgia (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Tipo de cirurgia		Teste de Mann-Whitney
	Mastectomia M (DP)	Quadrantectomia M (DP)	
<b>Escala Funcional</b>	51,2 (20,8)	58,4 (16,9)	p = 0,234
Imagem Corporal	68,9 (32,4)	81,3 (25,8)	p = 0,148
Perspectiva do futuro	45,9 (36,3)	55,0 (39,4)	p = 0,383
Função sexual	19,8 (22,2)	23,3 (20,5)	p = 0,456
Satisfação Sexual	47,6 (25,2)	35,9 (21,4)	p = 0,296
<b>Escala de Sintomas</b>	30,8 (20,5)	27,8 (19,1)	p = 0,592
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	34,1 (22,7)	26,2 (18,1)	p = 0,322
Queda de cabelo	35,3 (32,2)	33,3 (38,5)	p = 0,788
Sintomas nos braços	33,9 (31,1)	32,8 (28,7)	p = 0,932
Sintomas nas mamas	22,5 (22,9)	27,1 (22,4)	p = 0,372

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Em relação ao tempo de cirurgia associado à QV das participantes (Tabelas 10 e 11), não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com tempo de cirurgia até dois anos e as que fizeram a cirurgia há mais de dois anos em nenhuma das escalas e domínios dos instrumentos QLQ-C30 e QLQ-BR23 ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 11-** Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com o tempo de cirurgia (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Tempo de cirurgia		Teste de Mann-Whitney
	Até 2 anos M (DP)	Há mais de 2 anos M (DP)	
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	62,4 (20,7)	62,2 (18,2)	p = 0,676
<b>Escala Funcional</b>	65,0 (19,2)	64,6 (20,5)	p = 0,987
Função física	69,9 (17,6)	69,2 (18,7)	p = 0,929
Desempenho das funções	59,1 (28,3)	50,7 (34,9)	p = 0,363
Função emocional	58,1 (31,8)	65,6 (33,3)	p = 0,302
Função cognitiva	61,6 (36,0)	62,5 (32,7)	p = 0,987
Função social	75,8 (23,6)	67,4 (35,9)	p = 0,613
<b>Escala de Sintomas</b>	26,8 (16,9)	30,8 (21,5)	p = 0,662
Fadiga	31,6 (25,2)	39,8 (32,9)	p = 0,463
Náusea e vômito	14,1 (26,7)	13,9 (20,7)	p = 0,711
Dor	36,4 (25,2)	41,7 (32,2)	p = 0,577
Dispneia	13,1 (27,6)	19,4 (31,0)	p = 0,305
Insônia	28,3 (32,4)	37,5 (39,7)	p = 0,424
Falta de apetite	15,2 (31,3)	23,6 (33,3)	p = 0,198
Constipação	18,2 (31,3)	25,0 (35,8)	p = 0,463
Diarreia	10,1 (22,8)	2,8 (9,4)	p = 0,176
Dificuldades financeiras	67,7 (30,6)	61,1 (37,6)	p = 0,581

**Fonte:** Dados da Pesquisa

**Tabela 12-** Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com o tempo de cirurgia (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Tempo de cirurgia		Teste de Mann-Whitney
	Até 2 anos M (DP)	Há mais de 2 anos M (DP)	
<b>Escala Funcional</b>	53,3 (20,9)	54,3 (18,4)	p = 0,929
Imagem Corporal	72,5 (30,9)	74,3 (30,9)	p = 0,895
Perspectiva do futuro	51,5 (37,4)	45,8 (37,8)	p = 0,570
Função sexual	20,7 (19,6)	21,5 (24,3)	p = 0,905
Satisfação Sexual	42,2 (23,5)	41,7 (25,1)	p = 0,907
<b>Escala de Sintomas</b>	28,6 (19,2)	31,3 (21,1)	p = 0,528
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	29,6 (20,9)	33,7 (22,3)	p = 0,436
Queda de cabelo	41,7 (32,2)	27,8 (34,3)	p = 0,232
Sintomas nos braços	30,6 (28,5)	37,5 (32,2)	p = 0,538
Sintomas nas mamas	24,5 (22,2)	23,6 (23,7)	p = 0,706

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Quanto ao tipo de terapia correlacionado à QV aplicado nos questionários QLQ-C30 (Tabela 13) e QLQ-BR23 (Tabela 14), não houve diferenças estatisticamente significativas, nas escalas e domínios avaliados, entre as mulheres que realizaram a quimioterapia e as que não realizaram a terapia.

**Tabela 13-** Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com o a quimioterapia (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Quimioterapia		Teste de Mann-Whitney
	Não M (DP)	Sim M (DP)	
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	65,0 (18,4)	61,3 (20,1)	p = 0,479
<b>Escala Funcional</b>	63,3 (19,0)	65,4 (20,0)	p = 0,772
Função física	68,4 (14,8)	70,0 (19,0)	p = 0,694
Desempenho das funções	51,1 (31,2)	57,1 (31,5)	p = 0,497
Função emocional	63,9 (31,6)	60,3 (33,0)	p = 0,785
Função cognitiva	63,3 (34,0)	61,5 (34,8)	p = 0,854
Função social	61,1 (33,1)	76,2 (27,3)	p = 0,121
<b>Escala de Sintomas</b>	28,9 (15,3)	28,3 (20,2)	p = 0,519
Fadiga	34,8 (23,0)	35,2 (30,7)	p = 0,777
Náusea e vômito	11,1 (26,5)	15,1 (23,5)	p = 0,299
Dor	40,0 (24,2)	38,1 (29,7)	p = 0,699
Dispneia	22,2 (30,0)	13,5 (28,6)	p = 0,131
Insônia	26,7 (33,8)	34,1 (36,4)	p = 0,544
Falta de apetite	15,6 (30,5)	19,8 (33,0)	p = 0,635
Constipação	24,4 (32,0)	19,8 (33,8)	p = 0,429
Diarreia	11,1 (16,3)	5,6 (19,4)	p = 0,0445
Dificuldades financeiras	68,9 (26,6)	63,5 (35,9)	p = 0,739

**Fonte:** Dados da Pesquisa

**Tabela 14-** Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com a quimioterapia (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Quimioterapia		Teste de Mann-Whitney
	Não M (DP)	Sim M (DP)	
<b>Escala Funcional</b>	58,0 (18,5)	52,2 (20.1)	p = 0,234
Imagem Corporal	79,4 (34,3)	71,0 (29.3)	p = 0,128
Perspectiva do futuro	55,6 (34,9)	46,8 (38.3)	p = 0,443
Função sexual	18,9 (23,5)	21,8 (21.0)	p = 0,555
Satisfação Sexual	33,3 (27,2)	43,5 (23.4)	p = 0,487
<b>Escala de Sintomas</b>	25,9 (14,9)	31,1 (21.4)	p = 0,556
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	30,2 (15,7)	31,7 (23.2)	p = 0,971
Queda de cabelo	36,7 (24.6)	33,3 (39.2)	p = 0,475
Sintomas nos braços	20,7 (22.2)	38,1 (31.3)	p = 0,0449
Sintomas nas mamas	21,7 (19.6)	25,0 (23.8)	p = 0,740

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Em relação à variável reconstrução mamária associada à QV, pode-se afirmar que não foram registradas diferenças estatísticas significantes na aplicação do questionário QLQ-C30 na comparação entre as mulheres que realizaram reconstrução mamária e as que não a realizaram (Tabela 15).

**Tabela 15-** Correlação da qualidade de vida (QLQ-C30) com a reconstrução mamária (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Reconstrução mamária		Teste de Mann-Whitney
	Não M (DP)	Sim M (DP)	
<b>Estado de Saúde Global e QV</b>	62,1 (19,4)	63,3 (21,2)	p = 0,663
<b>Escala Funcional</b>	65,6 (19,1)	61,3 (22,4)	p = 0,600
Função física	68,9 (18,3)	72,7 (16,5)	p = 0,498
Desempenho das funções	56,4 (30,0)	51,7 (38,0)	p = 0,734
Função emocional	62,9 (31,8)	53,3 (35,6)	p = 0,417
Função cognitiva	63,1 (35,4)	56,7 (29,6)	p = 0,461
Função social	74,1 (25,7)	63,3 (43,6)	p = 0,759
<b>Escala de Sintomas</b>	26,6 (17,5)	37,2 (23,5)	p = 0,162
Fadiga	34,0 (28,0)	40,0 (32,8)	p = 0,574
Náusea e vômito	12,8 (22,3)	20,0 (32,2)	p = 0,449
Dor	35,8 (28,9)	51,7 (21,4)	p = 0,056
Dispneia	12,1 (22,4)	33,3 (47,1)	p = 0,235
Insônia	28,4 (35,4)	50,0 (32,4)	p = 0,056
Falta de apetite	17,7 (31,7)	23,3 (35,3)	p = 0,548
Constipação	19,1 (30,9)	30,0 (42,9)	p = 0,583
Diarreia	6,4 (15,0)	10,0 (31,6)	p = 0,679
Dificuldades financeiras	63,1 (33,5)	73,3 (34,4)	p = 0,366

**Fonte:** Dados da Pesquisa

Todavia, quando avaliadas no instrumento QLQ-BR23 (Tabela 16), evidenciou-se diferença estatisticamente significativa no domínio função sexual (p = 0,028) da Escala Funcional, demonstrando que as mulheres que realizaram a reconstrução

mamária possuem tendência para melhor QV em comparação às mulheres que não realizaram a reconstrução mamária.

**Tabela 16-** Correlação da qualidade de vida (QLQ- BR23) com a reconstrução mamária (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Reconstrução mamária		Teste de Mann-Whitney
	Não M (DP)	Sim M (DP)	
<b>Escala Funcional</b>	55,2 (18,4)	46,7 (24,7)	p = 0,377
Imagem Corporal	76,6 (28,6)	57,5 (36,1)	p = 0,061
Perspectiva do futuro	51,8 (37,9)	36,7 (33,1)	p = 0,242
Função sexual	18,4 (21,5)	33,3 (17,6)	<b>p = 0,028</b>
Satisfação Sexual	40,7 (26,9)	44,4 (16,7)	p = 0,460
<b>Escala de Sintomas</b>	28,2 (19,1)	37,0 (23,0)	p = 0,244
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	29,3 (20,1)	41,0 (25,7)	p = 0,181
Queda de cabelo	35,2 (33,3)	33,3 (36,5)	p = 0,860
Sintomas nos braços	32,2 (28,9)	40,0 (36,0)	p = 0,602
Sintomas nas mamas	22,9 (22,2)	30,0 (24,9)	p = 0,376

**Fonte:** Dados da Pesquisa

A reconstrução mamária, após a mastectomia, pode causar impactos na feminilidade, pois, de acordo com Jabłoński *et al.* (2018), a maioria das mulheres que realizaram mastectomia total ou parcial sentiram-se envergonhadas pela perda da mama e buscaram modificar a forma como se vestiam. Optavam, inclusive pelo uso de roupas que não marcassem seu corpo, situação que acarretou baixos resultados na manifestação da feminilidade e dificuldade na intimidade com seus parceiros.

As participantes deste estudo que realizaram a reconstrução mamária apresentaram função sexual melhor em relação às que não realizaram. Resultados similares foram encontrados por Archangelo *et al.* (2019), apontando que as mulheres com reconstrução mamária apresentaram melhor função sexual e autoimagem corporal e menos sintomas depressivos após o procedimento, quando comparadas ao grupo que não passou por reconstrução mamária e o grupo controle de mulheres sem câncer.

Mulheres indianas avaliadas um ano após a reconstrução mamária devido ao câncer de mama apresentaram melhora significativa na função sexual, além da satisfação com a aparência das mamas, bem-estar psicossocial e físico. Isso mostra que o procedimento estético alcança um dos seus principais objetivos, a diminuição dos impactos negativos na QV (SHEKHAWAT *et al.*, 2015).

Nas análises referentes ao acompanhamento multiprofissional associado à QV (Tabelas 17 e 18), observou-se que não houve resultados com diferenças

estatisticamente significativas em relação às mulheres que realizaram ou não o acompanhamento com psicólogo ou fisioterapeuta.

**Tabela 17-** Correlação do funcionamento emocional (QLQ-C30) com o acompanhamento de psicólogo (N=57), no período de setembro a dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil.

Domínios/subdomínios	Acompanhamento psicólogo		Teste de Mann-Whitney
	Não M (DP)	Sim M (DP)	
Função emocional – QLQ-C30	70,5 (28,2)	54,5 (33,9)	p = 0,073

**Fonte:** Dados da Pesquisa

**Tabela 18-** Correlação da sintomatologia (QLQ-BR23) com o acompanhamento de fisioterapeuta (N=57), no período de setembro à dezembro de 2019. Macapá, Amapá, Brasil

Domínios/subdomínios	Acompanhamento fisioterapeuta		Teste de Mann-Whitney
	Não M (DP)	Sim M (DP)	
Sintomas nos braços	33,3 (29,4)	33,6 (30,4)	p = 0,773
Sintomas nas mamas	25,9 (26,8)	23,8 (22,1)	p = 0,938

**Fonte:** Dados da Pesquisa

## 7 CONCLUSÃO

A avaliação da QV tornou-se instrumento valioso no cuidado à saúde. Doenças crônicas como o câncer de mama, que submete a mulher a tratamentos longos e dolorosos, como a mastectomia, necessitam ser avaliadas com o objetivo de diminuir os impactos sobre a vida da mulher. Nesse sentido, os instrumentos de QV precisam apoiar-se em dados sociodemográficos e clínicos, pois podem demonstrar a repercussão desse tratamento na vida das pacientes.

Diante disso, o presente estudo apontou que a maioria das entrevistadas são naturais do Estado do Amapá (49,4%), pardas (82,5%), com idade entre 30 e 70 anos, com  $M=52,4$  anos e escolaridade ensino médio (36,8%). Predominantemente católicas (57,9%), convivem com parceiro (56,1%), possuem dois filhos (28%) e vivem em unidade familiar com três a quatro pessoas (54,4%). Alguns desses dados, como a escolaridade, a religiosidade e o apoio familiar, são frequentemente usados como suporte social no enfrentamento às dificuldades advindas da mastectomia.

O perfil econômico da maioria das participantes é de renda familiar de dois salários mínimos (35,1%), demonstrando baixa renda entre as participantes, que se agrava com predomínio de mulheres que não trabalham após a cirurgia (57,9%), mesmo em plena idade economicamente ativa. O déficit econômico pode acentua-se pelas dificuldades no acesso a benefício financeiro de Seguridade Social.

Quanto aos dados clínicos, a maior parte da participantes realizou a mastectomia unilateral (57,9%) e esvaziamento axilar (70,1%). O tempo de cirurgia que prevaleceu foi de um a dois anos (38,6%), com média de dois anos e um mês, caracterizando uma população com mastectomia recente.

No que tange aos tipos de terapia associados à mastectomia, a quimioterapia predominou (73,6%), seguida de hormonioterapia (56,1%) e radioterapia (50,9%), tratamentos que podem estar associados à diminuição da QV, devido aos efeitos colaterais que perduram por anos. Um elevado número de mulheres não realizou a reconstrução mamária após a mastectomia (82,5%), e trouxe prejuízo na função sexual das participantes.

Em relação à avaliação da QV da população do estudo, quando aplicado o questionário QLQ-C30, apresentou domínios afetados moderadamente após intervenção cirúrgica com melhor escores médio na função social (72,2) e escores

médio mais baixos no desempenho das funções (55,6), função emocional (61,3) e função cognitiva (62).

Quando avaliadas no questionário QLQ- BR23, apresentou expressiva queda na maioria dos escores médio analisados, com grande comprometimento dos aspectos que envolvem a sexualidade da mulher após a mastectomia, como a função sexual (21,1) e a satisfação sexual (42), culminando com grande insegurança que sentem em relação ao futuro (49,1).

Vale ressaltar que os sintomas das participantes apresentaram baixos escores médio nos dois instrumentos aplicados, porém, quando comparados a outros estudos, apresentaram-se consideravelmente maiores, com exceção do domínio dificuldades financeiras (64,9). Este despontou em relação aos outros sintomas, demonstrando a toxicidade financeira que o tratamento provoca na vida das entrevistadas.

Foi realizada correlação da QV com dados sociodemográficos que apresentaram as seguintes diferenças estatísticas significantes: 1) Mulheres mais jovens mastectomizadas apresentaram piores escores na escala funcional relacionados à imagem corporal ( $p= 0,004$ ). 2) Houve associação significativa das mulheres mastectomizadas com parceiro e a função sexual ( $p=0,024$ ), demonstrando tendência a melhor QV em relação às participantes sem parceiro e 3) A toxicidade financeira causada pelo tratamento foi maior em mulheres com baixa renda familiar ( $0,004$ ), mesmo sendo acompanhadas pelo SUS.

Na correlação das variáveis clínicas: 1) O tipo de cirurgia realizado foi significativamente melhor nos domínios função física ( $p=0,024$ ) e desempenho das funções ( $p=0,015$ ) quando associado às mulheres que realizaram a quadrantectomia, tipo de cirurgia conservadora, em comparação à mastectomia convencional, que também desencadeou maiores dificuldades financeiras ( $p=0,006$ ) e 2) As mulheres que realizaram a reconstrução mamária tiveram melhor função sexual em comparação às que não realizaram o procedimento ( $p= 0,028$ ).

Diante dos resultados, percebe-se que este estudo demonstra que a QV das mulheres mastectomizadas foi afetada moderadamente segundo o instrumento QLQ-C30, porém se constatou que há um maior comprometimento das funções no questionário QLQ-BR23. Este possui questões que norteiam a ausência da mama que afetaram principalmente os aspectos sexuais, que são importantes indicadores de QV e podem interferir nos aspectos biopsicossociais da vida da mulher.

O *status* financeiro foi outra variável que se destacou durante todo o estudo, demonstrando a fragilidade econômica por que as entrevistadas passam devido ao tratamento. Esse problema foi evidenciado por vários estudos que associaram negativamente as dificuldades financeiras no tratamento de câncer de mama à QV, não só da mulher mas também de toda a família.

Por esses motivos, são necessárias pesquisas futuras que abordem a toxicidade financeira causada pelo câncer de mama após o tratamento, com o objetivo de auxiliar no acesso ao apoio financeiro e estudos sobre a sexualidade da mulher mastectomizada na região Norte do Brasil, a fim de implementar medidas, como a capacitação de profissionais, ou mesmo o acompanhamento por sexólogo, que ajude a criar estratégias facilitadoras para a melhora da função sexual.

Além disso, a QV é um parâmetro que muda constantemente, por isso pesquisas em períodos diferentes de pós-operatório são necessárias, assim como estudos qualitativos que forneçam dados subjetivos, devido a grande heterogeneidade das mulheres com câncer de mama.

Os resultados deste estudo podem servir como base de dados para construção de protocolos de acompanhamento multidisciplinar, a fim de oferecer cuidados de forma integral para minimizar os impactos sobre a QV das mulheres mastectomizadas. Mulheres em início de tratamento também poderão utilizá-los como forma de conscientização das potenciais dificuldades após a mastectomia, resultando no empoderamento sobre suas vidas, que pode dar a sensação de controle durante o percurso da intervenção cirúrgica.

Ressalta-se que a limitação deste estudo se pauta na pequena população de mulheres mastectomizadas, já que algumas procuraram acompanhamento em outros estados, devido às dificuldades na continuidade de todo o tratamento, e a escassez de estudos nacionais para comparação entre as regiões do Brasil, principalmente a região Norte, no entanto isso não afeta a validade dos achados.

## REFERÊNCIAS

ABEBE, E. *et al.* Female Breast Cancer Patients, Mastectomy-Related Quality of Life: Experience from Ethiopia. **Int J Breast Cancer**. v. 2020, n. 84, p. 01-06, Published Apr 9, 2020. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijbc/2020/8460374/>. Acesso em: 04 jul. 2020.

ACIL H, CAVDAR I. Comparison of quality of life of Turkish breast cancer patients receiving breast conserving surgery or modified radical mastectomy. **Asian Pac J Cancer Prev**. v. 15, n. 13, p. 5377 - 81, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25041005/>.

ALMEIDA, T.G. *et al.* Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizadas. **Escola Anna Nery**, v.19, n.3, p.432-438, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0432.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

ARCHANGELO, S. C. V. *Et al.* Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. **Clinics** (Sao Paulo, Brazil) v.74 e 883. 30 May, 2019. Disponível em: [cbl.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542498/](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6542498/). Acesso em: 02 jun. 2020.

ALVARENGA, J. T. A. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e indicativo de depressão em mulheres submetidas à mastectomia no pós-operatório tardio. **Revista Enfermagem Atenção Saúde** [Online]; v.7, n.2, p.3-16, Ago/Set, 2018. Disponível em: [seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1846/pdf\\_1](http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1846/pdf_1). Acesso em: 09 jun. 2020.

AVELAR, A. M. A. *et al.* Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. **Revista. Ciências Médica**. Campinas. V 15, n 1, p.11-20, jan-fev. 2006. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas>. Acesso em: 18 set. 2017.

BAQUIÃO, A. P. S. S. *et al.* Câncer de mama e imagem corporal: impacto dos tratamentos no olhar de mulheres mastectomizadas. **Saúde e Pesquisa**; v.12, n.3, p. 451-462, Maringá, set-dez, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7404>. Acesso em: 20 set. 2020.

BARBAROTTO, C. *et al.* Avaliação das pacientes com câncer de mama submetidas a cirurgia oncológica na Santa Casa de Franca no período de janeiro/2015 a fevereiro/2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.29, n.29, p.01-11, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/955>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BARBOSA, P.A. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.17, n.2, p.401-416 abr. / jun.

2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n2/pt\\_1519-3829-rbsmi-17-02-0385.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n2/pt_1519-3829-rbsmi-17-02-0385.pdf). Acesso em: 25 ago. 2019.

BARROS, A.E.S. *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.12, n.1, p.102-11, jan, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/AppData/Local/Temp/23520-78545-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

BEYAZ, S. G. *et al.* Postmastectomy Pain: A Cross-sectional Study of Prevalence, Pain Characteristics, and Effects on Quality of Life. **Chinese medical journal (Engl)**, v.129, n.1, p.66–71, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4797545/>. Acesso em: 19 mar. 2019.

BEZERRA, H. S. *et al.* Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 39:e20180014, p.1-9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20180014.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

BINOTTO, M.; SCHWARTSMANN, G. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.66, n.1, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/405>. Acesso em: 12 ago. 2020.

BOING, L. *et al.* Tempo sentado, imagem corporal e qualidade de vida em mulheres após a cirurgia do câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte [online]**, v.23, n.5, p.366-370, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922017000500366&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922017000500366&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 05 abr. 2019.

BOUGHEY J.C. *et al.* Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM) Consensus Statement from the American Society of Breast Surgeons: Data on CPM Outcomes and Risks. **Annals of Surgical Oncology**, v. 23, n. 10, p. 3100 - 3105, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27469117/>. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama: Fatores de risco para o câncer de mama**. 2018a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlodocancerdemama/fatoresderisco>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos**, Rio de Janeiro: Inca, p. 86, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 531, de 26 de março de 2012. **Institui o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)**. 2012a Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0531\\_26\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0531_26_03_2012.html). Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de Novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. 2012b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm). Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõem sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012c. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/69âncer69\\_n69/2012/Reso466.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/69âncer69_n69/2012/Reso466.pdf). Acesso em: 16 out. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. xx p.:il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BUONO, H.C.; AZEVEDO, B.M.; NUNES, C.S. A importância do nutricionista no tratamento de pacientes oncológicos. **Revista Saúde em Foco**, 9. ed. p. 291-299, 2017. Disponível em: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/035\\_importancia.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/035_importancia.pdf). Acesso em: 16 out. 2019.

CAMMAROTA, M.C. *et al.* Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v.34, n.1, p.45-57, 2019. Disponível em: <http://www.rbcp.org.br/details/2344/pt-BR/qualidade-de-vida-e-resultado-estetico-apos-mastectomia-e-reconstrucao-mamaria>. Acesso em: 11 maio. 2020.

CARVALHO, S.M. *et al.* Corpo, funcionalidade, espiritualidade e câncer de mama. In: org. FILGUEIRAS, M.S.T; FARIA, H.M.C; ALMEIDA, T.R. **Câncer de mama: interlocuções e práticas interdisciplinares**. 1 ed.Curitiba PR: Appris, p. 137-155. 2018.

CASTRO, E. K. K. *et al.* Percepção da Doença e Enfrentamento em Mulheres com Câncer de Mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, n 3, p.1- 6. Jul - set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n3/1806-3446-ptp-32-03-e32324.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2019.

CHANG, O. *et al.* Association between Socioeconomic Status and Altered Appearance Distress, Body Image, and Quality of Life Among Breast Cancer Patients”. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, n. 20, p. 8607-12, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267933136>. Acesso em: 04 nov. 2019.

COBO-CUENCA, A.I. *et al.* Sexual dysfunction in Spanish women with breast cancer. **PloS One**, v.13, n. 8, aug 3, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0203151&type=printable>. Acesso em: 06 nov. 2019.

CORDEIRO, L.A.M.; NOGUEIRA, D.A.; GRADIM, C.V.C. Mulheres com neoplasia mamária em quimioterapia adjuvante: avaliação da qualidade de vida. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p.1- 7, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17948>. Acesso em: 06 dez. 2019.

CROFT, L; J, SORKIN; GALLICCHIO L. Marital status and optimism score among breast cancer survivors. Supportive care in cancer: **official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 22, n.11, p. 3027-34, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580620/>. Acesso em: 08 dez. 2019.

DEAN, L.T. *et al.* “It still affects our economic situation”: long-term economic burden of breast cancer and lymphedema. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 5, p.1697-1708, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30121786/>. Acesso em: 12 jan. 2020.

DEEPA, K. V. *et al.* É a qualidade de vida após a mastectomia comparável ao que após a cirurgia de conservação da mama? Um estudo de seguimento de 5 anos a partir de Mumbai, Índia. **Qual Life Research**, v. 29, n. 3, p. 683-692, mar, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7028794/>. Acesso em: 08 jun. 2020.

DIAS, L. V. *et al.* Mastectomized woman in breast cancer: experience of everyday activities. **J. res.: fundam. Care. Online**, out./nov. v. 9, n. 4, p. 1074- 80, 2017. Disponível em: [http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110027\\_5.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110027_5.pdf). Acesso em: 15 jun. 2020.

DUARTE, T.; ANDRADE, A.N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163. Universidade Federal do Espírito Santo, 2003 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

EL FAKIR, S. *et al.* Health-Related Quality of Life among Breast Cancer Patients and Influencing Factors in Morocco. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 17, n. 12, p. 5063 - 69, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5454637/>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ENIEN, M.A. *et al.* Health-related quality of life: Impact of surgery and treatment modality in breast cancer. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v. 14, n. 5, p. 957-963. 2018. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/323166751>. Acesso em: 12 mar. 2020.

FARIA, N.C. *et al.* Ajustamento psicossocial após mastectomia – um olhar sobre a qualidade de vida. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 2, p. 201-213, 2016.

Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1645-00862016000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862016000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 out. 2019.

FERRAZ, A. M. N. **Avaliação da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande Sul, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article>. Acesso em: 21 out. 2017.

FIREMAN, K.M. *et al.* Percepção das Mulheres sobre sua Funcionalidade e Qualidade de Vida após Mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p. 499 - 508, 2018. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/198>. Acesso em: 01 out. 2019.

FLANAGAN, M. R. *et al.* A Comparison of Patient-Reported Outcomes After Breast-Conserving Surgery and Mastectomy With Implant Breast Reconstruction. **Annals of Surgical Oncology**, v. 26, p. 3133 - 3140, July, 2019. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31342397/>. Acesso em: 22 out. 2019.

FONSECA, B.S. *et al.* Qualidade de vida em mulheres após retirada do câncer de mama. **Unisanta Health Science**, v. 3, n. 1, p. 18-36, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/hea/article/view/2019/0>. Acesso em: 22 mar. 2020.

FREIRE, M. E. M. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Texto Contexto Enfermagem**, n. 27, v 2, p.1-13, mai. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000200318>. Acesso em: 01 out.2018.

GANESH, S; LYE, M.S; LAU, F.N. Quality of Life among Breast Cancer Patients In Malaysia. **Asian Pac J Cancer Prev.**; v.17, n.4, p.1677-1684, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27221837/>. Acesso em: 29 out.2018.

GAZOLA, C. *et al.* Percepção de mulheres jovens sobre a sexualidade e a imagem corporal pós mastectomia. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, v.28, n.1, p. 93-99, 2017. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/120708>. Acesso em: 29 jul.2019.

GIL, A.C. **Metodologia do ensino superior**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOLD, M. *et al.* Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. **Eur J Oncol Nurs**. v.n20, p. 97-

105, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26187660/>. Acesso em: 23 jul.2019.

GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7634>. Acesso em: 03 ago. 2019.

GOMES, N.S.; SOARES, M.B.O.; SILVA, S.R. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, Goiás, v. 19, n. 2, p. 120-126, abr. 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1010/v19n2a10.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

GREGOROWITSCH, M.L. *et al.* The effect of chemotherapy on subjective cognitive function in younger early-stage breast cancer survivors treated with chemotherapy compared to older patients. **Breast Cancer Res Treat.**, v. 175, n. 2, p. 429-441, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6533221/>. Acesso em: 16 ago. 2020.

GUEDES, J.B.R. *et al.* Fatores associados à adesão e à persistência na hormonioterapia em mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n.4, p.636-649, out-dez, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000400636&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000400636&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 07 ago. 2020.

GUERRA, M.R. *et al.* Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, supl.1, p.102-117, São Paulo, May, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500102&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500102&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 ago. 2019.

HEIDARI, M; SHAHBAZI, S; GHODUSI, M. Evaluation of body esteem and mental health in patients with breast cancer after mastectomy. **J Midlife Health**, v.6, n.4, p.173-177, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743280/>. Acesso em: 24 out. 2019.

HIRSCHLE, T. M. R.; MACIEL, S.C.; AMORIM, G.K. Representações Sociais sobre o Corpo e Satisfação Sexual de Mulheres Mastectomizadas e seus Parceiros. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 457-468, mar, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n1/2358-1883-tpsy-26-01-0457.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

IBIAPINA, A. R. S. *et al.* Aspectos psicoemocionais de mulheres pós-mastectomizadas participantes de um grupo de apoio de um hospital geral. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 135-142, jul-ago-set. 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/775>. Acesso em: 05 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019**. Brasília: trimestral, 2020.

Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.htm>. Acesso em: 23 08. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.  
Ministério da Saúde. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019a. Disponível em:  
[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf). Acesso em: 23 nov. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.  
Ministério da Saúde. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicoes/mulher-e-o-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em: 11 mar. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019c.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)  
Relise e Notas. **Mortalidade por câncer de mama está abaixo da média mundial, mas país enfrenta desafios na prevenção e redução das desigualdades**. 2019d. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/imprensa>. Acesso em: 12 out. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Controle do Câncer de Mama**: Fatores de risco para o câncer de mama. 2018a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlodocancerdemama/fatoresderisco>. Acesso em: 03 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Viva Mulher 20 anos: história e memória do controle do câncer do colo do útero e de mama no Brasil: catálogo de documentos**. Rio de Janeiro: Inca, p. 86, 2018b.

IRARRÁZVAL, M.E. *et al.* Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama [Quality of life in Chilean breast cancer survivors]. **Rev Med Chil.**, v. 144, n. 12, p. 1567-1576, 2016. Disponível em:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016001200008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200008). Acesso em: 23 nov. 2019.

IZYDORCZYK B. *et al.* Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. **Int J Environ Res Public Health**; v.15. n.6, p.1181, 2018. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025341/>. Acesso em: 13 dez. 2019.

JABŁOŃSKI, M.J. *et al.* The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. Breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients. **Psychiatria Polska.**; v.52, n.5, p.859-872, 2018. Disponível em:

[http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP\\_5\\_2018/ENGver859Jablonski\\_PsychiatrPol2018v52i5.pdf](http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2018/ENGver859Jablonski_PsychiatrPol2018v52i5.pdf). Acesso em: 08 dez. 2019.

JOLY, F. *et al.* Long-Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors. **Cancers. NCBI**. v. 11, n. 12, p. 1896. 28 nov. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6966680/>. Acesso em: 08 fev. 2020.

KALIKS, R.A. *et al.* Differences in systemic cancer treatment in Brazil: my Public Health System is different from your Public Health System. **Braz J Oncol.**, v. 13, n. 44, p. 1-12, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1806-3713202000010010400006&lng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1806-3713202000010010400006&lng=en). Acesso em: 20 fev. 2020.

KALIKS, R.A. Avanços em oncologia para o não oncologista. **Avanços médicos**, v.14, n.2, p.294-299, 2016. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/avancos-em-oncologia-para-o-nao-oncologista/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

KEBBE, L.M. **Desempenho de atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama**. Tese (doutorado) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/74âncer74n74s/22/22133/tde-07052007-101948/pt-br.php>. Acesso em: 01 out.2018.

KONG, Y.C, *et al.* Understanding the Financial Needs Following Diagnosis of Breast Cancer in a Setting with Universal Health Coverage. **The Oncologist**. v.25, p. 01-08, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31922332/>. Acesso em: 01 set. 2020.

LAMINO, D.A; MOTA, D.D; PIMENTA, C.A. Prevalência e comorbidade de dor e fadiga em mulheres com câncer de mama [Prevalence and comorbidity of pain and fatigue in women with breast cancer]. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45 n. 2, p. 508-514, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a28.pdf>. Acesso em: 09 set. 2019.

LECLERC, A.F. *et al.* Multidisciplinary rehabilitation program after breast cancer: benefits on physical function, anthropometry and quality of life. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 53, n. 5. p, 633-642, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28322035/>. Acesso em: 08 out. 2019.

LOBO, S.A. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Revista Acta Paul Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 554-559, 2014. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000600554](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000600554). Acesso em: 21 agos. 2018.

LOYOLA, E.A.C. *et al.* Rehabilitation group: benefits and barriers in the perspective of women with breast 74âncer. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000100303&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000100303&script=sci_abstract). Acesso em: 21 jan. 2019.

- MAHARJAN, M. *et al.* Quality of Life of Nepalese Women Post Mastectomy. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 19, n. 4, p. 1005-1012, 2018. Disponível em: [http://journal.waocp.org/article\\_59745.html](http://journal.waocp.org/article_59745.html). Acesso em: 16 jan. 2019.
- MAJEWSKI, J. M. *et al.* Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article>. Acesso em: 21 out. 2017.
- MARTINS, J.O.A. *et al.* Sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia: identificação das fases afetadas no ciclo da resposta sexual. **Rev. pesq.: cuid. Fundam. Online**, v. 12, p. 67-72, jan-dez 2020. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7013>. Acesso em: 19 out. 2020.
- MARTINS, M. R. I. **O desafio do conhecimento da pesquisa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MAUÉS, F. B. R. *et al.* O impacto da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres após cirurgia do cancro da mama. **Revista de Mastologia**, v. 27, n. 4, p. 300-306, 2017.
- MENDES, I. S. *et al.* Impact of mastectomy and breast-conserving surgery on quality of life of women after breast câncer. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 703-710. 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/impact\\_mastectomy\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/impact_mastectomy_cancer.pdf). Acesso em: 19 jun. 2020.
- MENEZES, R.R. *et al.* Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Espiritualidade em Pessoas com Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n.1, p. 9-17, 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/106>. Acesso em: 13 jul. 2019.
- MENESES, K. *et al.* Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors?. **Gynecol Oncol.**, v. 124, n. 3, p. 437-443, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278545/>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- MORA, L.D. História do Tratamento Cirúrgico do Cancro da Mama– Empirismo e Ciência. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 2, n. 27, p. 1-20, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1646-69182013000400007](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-69182013000400007). Acesso em: 23 jul. 2019.
- MORAIS, F.D. *et al.* Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast 75âncer. **J Clin Nurs**. v. 25, n. 11-12, p.1557–1565, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27139170/>. Acesso em: 23 abr. 2019.
- NG, E.T. *et al.* Comparing Quality of Life in Breast Cancer Patients Who Underwent Mastectomy Versus Breast-Conserving Surgery: A Meta-Analysis. **Environmental Reserch and Public Health**, v. 16, n. 24, p. 4970, dec. 2019. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6950729/#!po=2.27273>. Acesso em: 23 ago. 2020.

OLSSON, M. *et al.* Life satisfaction of women of working age shortly after breast cancer surgery. **Qual Life Res**, v. 26, n. 3, p. 673-684, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5309315/>. Acesso em: 23 maio. 2020.

PAČARIĆ, S. *et al.* The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, p. 999, 2018. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5929-0>. Acesso em: 05 maio. 2020.

PANCHAL, H; MATROS, E. Current Trends in Postmastectomy Breast Reconstruction. **Plast Reconstr Surg**. v. 140, n. 5, p. 1-12, nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064917/>. Acesso em: 20 maio. 2019.

PATERSON, C.L. *et al.* Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. **Cancer Nurs**, v. 39, n. 1, p. 39-58, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25881807/>. Acesso em: 27 jan. 2019.

PEREIRA, R. A. **Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas submetidas a reconstrução mamária imediata em hospital de referência oncológica no Amazonas**. Dissertação. Resultados. Manaus. 2019. Disponível em: [https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7054/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o\\_RobertoPereira\\_PPGCS.pdf](https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7054/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o_RobertoPereira_PPGCS.pdf). Acesso em: 27 abr. 2020.

PERRY, L. M. *et al.* Financial Strain and Physical and Emotional Quality of Life in Breast Cancer. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 58, n. 3, p. 454-459, 2019. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(19\)30293-3/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(19)30293-3/fulltext). Acesso em: 04 jun. 2020.

PINTO, K.R.T.F. *et al.* Sentimentos vivenciados pelos companheiros de mulheres submetidas à mastectomia. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental Online**. v. 12, p. 62-66, jan-dez. 2020. [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7011/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7011/pdf_1). Acesso em: 09 ago. 2020.

PUSZCZALOWSKA-LIZIS. *et al.* Physical Activity of Women After Radical Unilateral Mastectomy and Its câncer on Overall Quality of Life. **Cancer Control**, v. 27, n. 1, p. 1-10. dec. 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1073274819900407>. Acesso em: 13 ago. 2020.

RAGGIO, G.A. *et al.* Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. **Psychology & Health**, v. 29, n. 6, p. 632-650, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24404999/>. Acesso em: 13 jun. 2018.

RISTEVSKA-DIMITROVSKA, G. *et al.* Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. **Open Access Maced J Med Sci**. v. 3, n. 4, p. 727-731, 2015.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27275317/>. Acesso em: 07 jun. 2019.

ROSENZWEIG, M. *et al.* Financial Toxicity Among Women With Metastatic Breast Cancer. **Oncol Nurs Forum**, v. 46, n. 1, p. 83-91, 2019. Disponível em: <https://onf.ons.org/onf/46/1/financial-toxicity-among-women-metastatic-breast-cancer>. Acesso em: 07 jun. 2020.

SALIBASIC, M; DELIBEGOVIC, S. The Quality of Life and Degree of Depression of Patients Suffering from Breast Cancer. **Med Arch**, v. 72, n. 3, p. 202-205, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6021164/>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SALVADOR, C. *et al.* Cuidados de enfermagem oncológica em radioterapia. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, n. 4, p. 1071-1080, abr, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/AppData/Local/Temp/238443-138956-1-PB.pdf>. Acesso em: 24 set. 2020.

SANTANA, C. S. *et al.* Geração de trabalho e renda como estratégia de Promoção da Saúde: o caso das mulheres mastectomizadas em Nova Iguaçu, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1921-1930, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n6/1921-1930>. Acesso em: 23 dez. 2019.

SANTOS, E. R. C. Urbanização e rede urbana na amazônia setentrional amapaense/Ap. **Revista Formação Online**, n. 19, v. 2, p. 107 -131, jul.-dez. 2012. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/formacao/article/view/1720/1941>. Acesso em: 08 agos. 2020.

SHANDIZ, H. *et al.* Investigating the Quality of Life and the Related Factors in Iranian Women with Breast Cancer. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 18, n. 8, p. 2089-2092, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5697465/>. Acesso em: 08 abr. 2019.

SHEKHAWAT, L. *et al.* Patient-Reported Outcomes Following Breast Reconstruction Surgery and Therapeutic Mammoplasty: Prospective Evaluation 1 Year Post-Surgery with BREAST-Q Questionnaire. **Indian J Surg Oncol**, v. 6, n. 4, p. 356-362, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27065661/>. Acesso em: 06 dez. 2019.

SHIN, W.K. *et al.* The association between physical activity and health-related quality of life among breast cancer survivors. **Health Qual Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 132, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5493872/>. Acesso em: 06 nov. 2019.

SILVA, F.A. **Validação e reprodutibilidade de questionários de qualidade de vida específicos para câncer de mama**. Dissertação (mestrado) Fundação Antônio Prudente. São Paulo. 2008. Disponível em: <livros01.livrosgratis.com.br/cp070705.pdf>. Acesso em: 05 set. 2018.

SILVA, G.A. *et al.* Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1- 9, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000191.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000191.pdf). Acesso em: 05 mar. 2019.

SILVA, S. E. D. *et al.* As representações das mulheres mastectomizadas sobre seus corpos alterados. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 1, n. 3, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10394>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVA, I.M.C. **Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de mulheres portadoras de câncer de mama**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente/CCBS) Universidade Federal do Maranhão, São Luís. 2018. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/2084>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SIMEÃO, S. F. A. P. *et al.* Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300024](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300024). Acesso em: 23 maio. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de Mama: Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia**. SBM. Regional Piauí - Edufpi, 2017. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/medicos/wp-content/uploads/2018/03/C%C3%A2ncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piau%C3%AD-2017.pdf>. Acesso em: 13 maio. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Mamografia no Brasil: o pior cenário dos últimos cinco anos**. Releases 2018a. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/releases/mamografia-no-brasil-o-pior-cenario-dos-ultimos-cinco-anos>. Acesso em: 24 maio. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **O que você precisa saber sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2018b. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/cartilhas/o-que-voce-precisa-saber-sobre-o-cancer-de-mama/>. Acesso em: 27 maio. 2020.

SOMOGYI, R.B. *et al.* Understanding the factors that influence breast reconstruction decision making in Australian women. **The Breast**, v. 24, p.124-130, Apr. 2015, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.11.013>. Acesso em: 27 jun. 2019.

SOUSA, A. L. V.; ANA, G.S.; COSTA, Z. M. B. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. Brasília. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**. v. 25, n. 1, p. 13-24, jul. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periódicos/analise/qualidade/vida/mulheres>. Acesso em: 16 set. 2017.

SPATUZZI, R. *et al.* Evaluation of Social Support, Quality of Life, and Body Image in Women with Breast Cancer. **Breast Care**, v. 11, n. 1, p. 28-32, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4813650/>. Acesso em: 06 set. 2018.

STRAVOU, M.D.D. *et al.* Quality of life after breast 79âncer surgery with or without reconstruction. **Journal of plastic Surgery**, v. 9. p. 161-168, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691644/>. Acesso em 28 out. 2018.

TAIT, R.C. *et al.* Persistent Post-Mastectomy Pain: Risk Factors and Current Approaches to Treatment. **The journal of pain: official journal of the American Pain Society**, v. 19, n. 12, p. 1367-1383, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6530598/>. Acesso em 26 nov. 2019.

TELLI, S.; GÜRKAN, A. Examination of Sexual Quality of Life and Dyadic Adjustment among Women with Mastectomy. **Eur J Breast Health**, v. 16, n. 1, p. 48-54, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6939718/>. Acesso em 12 fev. 2020.

TIMM, M.S. *et al.* Imagem corporal na ótica de mulheres após a mastectomia. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 01-08, jan-mar. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30151>. Acesso em 06 ago. 2020.

TORTAJADA, J.S. *et al.* Desigualdades Socioeconômicas na Mortalidade por Câncer de Mama: Revisão Sistemática. **Revista Nucleus**, v. 16, n. 2, p. 441-452, out. 2019. Disponível em: <http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/3673>. Acesso em 20 set. 2020.

TRALONGO, P. *et al.* Major patterns of 79âncer cure: Clinical implications. **European Journal of Cancer Care**, 6. ed. v. 28, p.131-139, nov. 2019. Universo. 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/>. Acesso em 08 set. 2019.

TRIPATHI, L. *et al.* Stigma Perceived by Women Following Surgery for Breast Cancer. **Indian J Med Paediatr Oncol**, v.38, n. 2, p.146-152, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582551/>. Acesso em 07 dez. 2019.

TSARAS, K. *et al.* Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 19, n. 6, p. 1661-1669, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103579/>. Acesso em 13 dez. 2019.

TÜRK, K. E.; YILMAZ, M. The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. **Eur J Breast Health**, v. 14, n. 4, p. 205-210, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6170016/>. Acesso em 27 nov. 2019.

VAN DER WILLIK, K.D. *et al.* Inflammation markers and cognitive performance in breast cancer survivors 20 years after completion of chemotherapy: a cohort study.

**Breast Cancer Res**, v. 20, n. 1, p. 135, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30442190/>. Acesso em 04 nov. 2019.

VEENSTRA, C.M. *et al.* Long-Term Economic and Employment Outcomes Among Partners of Women With Early-Stage Breast Cancer. **Journal Oncology Practice**, v. 13, n. 11, p. 916-926. nov. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684882/>. Acesso em 04 set. 2020.

VILLAR, R. R. *et al.* Qualidade de vida e ansiedade em mulheres com câncer de mama antes e depois do tratamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-13, dec. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>. Acesso em 04 fev. 2020.

WANG, L. *et al.* Predictors of Unemployment After Breast Cancer Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. **Journal of clinical oncology**, v. 36, n. 18. p. 1868-1879, jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757686>. Acesso em 17 fev. 2019.

WANI, S.Q. *et al.* Breast specific functional and symptom analysis in female breast cancer survivors. **J Cancer Res Ther**, v. 14, n. 3, p. 521-526, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29893309/>. Acesso em 19 maio. 2020.

WHEELER, S.B. *et al.* Financial Impact of Breast Cancer in Black Versus White Women. **Journal of Clinical Oncology**, v. 36, n. 17, p. 1695-1701, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5993169/>. Acesso em 19 jul. 2020.

WHOQOL GROUP. **The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL)**. In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer, p. 41-60, 1994. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000093&pid=S1678-7757201000030001500013&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000093&pid=S1678-7757201000030001500013&lng=pt). Acesso em: 04 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Agency for Research on Cancer**. WHO, Globocan 2018. Disponível em: <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>. Acesso em: 26 fev. 2019.

WU, T.Y. *et al.* “Dynamic Changes Of Body Image And Quality Of Life In Breast Cancer Patients”. **Cancer management and research**, v. 11, p. 10563-10571, 17 dec. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6925559/>. Acesso em: 06 ago. 2020.

ZHANG, H. *et al.* Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer. **Med Sci Monit**, v. 23, p. 5969-5979, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5744469/>. Acesso em: 04 jan. 2020.

**APÊNDICES**  
**APÊNDICE A- FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

**Dados Sociodemográficos**

1) Iniciais do nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Etnia: ( ) branco ( ) Pardo ( ) Negro

Natural: \_\_\_\_\_ Estado conjugal: ( ) com parceiro ( ) sem parceiro

Religião: \_\_\_\_\_

- 2) Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Médio Completo  
 ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Superior Incompleto  
 ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Superior Completo  
 ( ) Ensino Médio Incompleto

3) Você trabalha: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual ocupação? \_\_\_\_\_

Se não, qual a última ocupação? \_\_\_\_\_

Recebe benefício social: ( ) Não ( ) Sim

4) Possui filho? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

5) Quantas pessoas moram na residência? \_\_\_\_\_

6) Renda familiar:

( ) < 1 salário min. ( ) 1 salário min. ( ) 2 a 3 salário min. ( ) >4 salário min.

**Dados Clínicos**

1) Tipo de cirurgia:

mastectomia bilateral  mastectomia unilateral  quadrantectomia

Data da cirurgia: \_\_\_\_\_  <1 ano  1 ano  2 ano  3ano  4 ano  
 5 ano

2) Realizou linfonodectomia?

Sim  Não

3) Qual (is) tratamento (s) realizou?

Realiza quimioterapia ou terminou? \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Realiza radioterapia ou terminou? \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Realiza terapia hormonal ou terminou? \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

Reconstrução mamária  Sim  Não data: \_\_\_\_\_

4) Realizou acompanhamento com nutricionista?  Sim  Não

5) Realizou acompanhamento com psicólogo?  Sim  Não

6) Realizou acompanhamento com fisioterapeuta?  Sim  Não

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
RESOLUÇÃO nº 466/12 CONEP/CNS**

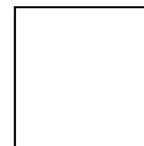
Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia em uma cidade da Região Norte do Brasil”**, sob responsabilidade da pesquisadora Vanessa da Silva Oliveira, com orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anneli Mercedes Celis de Cardenas, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vidas das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia radical uni, bilateral e/ou quadrantectomia na capital de Macapá, Estado do Amapá. Trata-se de um estudo descritivo, documental, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Serão aplicados os questionários da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 e do QLQ-BR23, relacionando-os com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Durante a coleta de dados, poderá haver constrangimento perante as perguntas dos instrumentos de coleta, uma vez que se trata de perguntas pessoais e de suas atividades cotidianas. Como forma de sanar tais riscos, asseguro que, das informações fornecidas e dos resultados obtidos, será mantido o anonimato das participantes, a coleta será realizada em lugar reservado, com horário pré-agendado, respeitando o tempo que cada participante necessitar para o preenchimento dos questionários, estando livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e que não precisa de justificativa para isso. Para a seleção das participantes, serão aplicados os critérios de inclusão: ter sido submetida à mastectomia radical uni ou bilateral e/ou quadrantectomia, devido ao câncer de mama, independentemente da terapia coadjuvante em andamento ou já realizada; ter realizado cirurgia há pelo menos seis meses do dia da entrevista; ter realizado reconstrução mamária ou não; ter realizado ou estar em acompanhamento de saúde na Unacon; residir na cidade de Macapá; ter idade maior ou igual a 18 anos; aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídas as mulheres submetidas à mastectomia radical uni ou bilateral e/ou quadrantectomia que residem no interior do estado. Para a análise dos dados, será usado o Manual dos Escores da EORTC para encontrar os escores dos questionários aplicados e serão pontuados através do programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0 e posteriormente apresentados na forma de gráficos e tabelas. Por meio dos resultados, poderão ser implementadas ações que diminuam o impacto na QV que o

procedimento cirúrgico ocasiona, através da sensibilização de gestores e profissionais de saúde quanto à necessidade de acompanhamento multiprofissional, com o objetivo de promoção da saúde, melhoria no manejo e assistência à saúde, assim como redimensionamento do tempo necessário para o acompanhamento multidisciplinar, prestado a essas mulheres.

Dessa forma, declaro que consinto em participar deste estudo: A) fui esclarecido quantos aos objetivos, riscos e benefícios; B) posso consultar os pesquisadores responsáveis em qualquer época, pessoalmente ou por telefone, para esclarecimento de qualquer dúvida; C) estou livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa e não preciso de justificativa para isso; D) estou ciente de que todas as informações por mim fornecidas e os resultados obtidos serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas, mantendo meu anonimato; E) serei informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de mudar meu consentimento em participar da pesquisa; F) não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa.

Macapá (AP), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Participante/RG



Digital em caso  
de analfabetismo

\_\_\_\_\_  
Vanessa da Silva Oliveira  
(96) 98112-1834

\_\_\_\_\_  
Profª Drª Anneli Mercedes Celis de  
Cardenas  
(96) 99113-4955

## APÊNDICE C- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Macapá (AP), \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2019.

À Vossa Senhoria

---

Diretor do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima

Solicito a Vossa Senhoria autorização para realização de pesquisa com os pacientes que se submeteram à mastectomia, devido ao câncer de mama, nesta Unidade de Alta complexidade em Oncologia (Unacon), com o intuito de obter informações para a realização do Trabalho de Conclusão do Curso de mestrado da Universidade Federal do Amapá, intitulado **“Qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia em uma capital da Região Norte do Brasil”**, desenvolvido pela enfermeira Vanessa da Silva Oliveira, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Anneli Mercedes Celis de Cardenas.

A coleta de dados será realizada através de levantamento quantitativo de mulheres submetidas à mastectomia, devido ao câncer de mama, atendidas junto à Unacon, através da estatística de acompanhamento médico (prontuários), a fim de que sejam colhidos dados pessoais, como número de telefone e endereço, para que posteriormente seja possível entrar em contato e verificar interesse em participar da pesquisa, agendada em domicílio a visita para aplicação do questionário. Ressaltamos que será garantido o anonimato das participantes.

Mediante este documento, faz-se o compromisso de apresentar os resultados obtidos nesta pesquisa à Instituição e disponibilizá-los como material bibliográfico para pesquisadores que se interessem pela temática.

Desde já, agradeço sua colaboração.

Atenciosamente,

---

Vanessa da Silva Oliveira  
Contato (96) 99113-4955

## ANEXOS

### ANEXO A- EORTC QLQ-C30

PORTUGUESE (PORTUGAL)



#### EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

A data de nascimento (dia, mês, ano):

A data de hoje (dia, mês, ano):

31


	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
 <b>Durante a última semana :</b>				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

PORTUGUESE (PORTUGAL)

<b>Durante a última semana :</b>	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

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

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

## ANEXO B- EORTC-BR23

**EORTC QLQ - BR23**

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

<b>Durante a semana passada:</b>		<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
31.	Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32.	A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33.	Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34.	Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35.	Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36.	Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37.	Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38.	Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39.	Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40.	Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41.	Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42.	Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43.	Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

<b>Durante as últimas quatro semanas:</b>		<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
44.	Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45.	Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46.	Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

## ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ (UNIFAP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA EM UMA CAPITAL DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

**Pesquisador:** VANESSA DA SILVA OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 16332819.9.0000.0003

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.482.883

**Apresentação do Projeto:**

Conforme parecer anterior

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme parecer anterior

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme parecer anterior

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e exequível

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados de acordo com resolução 466/2012 e 510/2016

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02  
**Bairro:** Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280  
**UF:** AP **Município:** MACAPA  
**Telefone:** (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 3.482.883

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1358483.pdf	29/07/2019 12:50:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/07/2019 12:46:54	VANESSA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/07/2019 12:41:45	VANESSA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/07/2019 12:41:27	VANESSA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	03/06/2019 16:49:54	VANESSA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	03/06/2019 16:18:12	VANESSA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	18/05/2019 16:46:04	VANESSA DA SILVA OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACAPA, 02 de Agosto de 2019

Assinado por:  
**RAPHAELLE SOUSA BORGES**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02  
Bairro: Bairro Universidade CEP: 68.902-280  
UF: AP Município: MACAPA  
Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

## ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA COLETA DE DADOS



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
GERENCIA DE ENSINO E PESQUISA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. ALBERTO LIMA

### CARTA DE ANUÊNCIA

Macapá-AP, 25 de janeiro de 2019

Declaro para os devidos fins, que está autorizada a realização da pesquisa com título: **Qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia em uma capital da região norte do Brasil**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Vanessa da Silva Oliveira**, sob a orientação da **Prof. Dra. Anneli Mercedes Celis de Cardenas**.

Ressaltamos que os dados coletados deverão assegurar a confidencialidade e a privacidade e a não estigmatização dos participantes da Pesquisa de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos e que deve haver o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

A pesquisadora em questão só deverá iniciar a coleta de dados após liberação do Comitê de Ética em Pesquisas. Após a liberação pelo Comitê, a mesma deverá retornar ao **Núcleo de Pesquisa em Saúde – NPS** da Escola de Saúde Pública – ESP/SESA com a cópia da autorização do Parecer Consubstanciado.

Na certeza de contarmos a com sua colaboração, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Alex Souza dos Santos  
Diretor Hospital de Clínicas  
Dr. Alberto Lima/SESA

Alex Souza dos Santos

Diretor do Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima