



FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING DA MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO DA MAMA

Sónia Alexandra Nunes Sendim

Relatório de Estágio/Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por:

Professora Doutora Maria José Gomes

Professora Doutora Natália Vara

Bragança, maio, 2017



FUNCIONALIDADE DO MEMBRO SUPERIOR, QUALIDADE DE VIDA E ESTRATÉGIAS DE COPING DA MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO DA MAMA

Sónia Alexandra Nunes Sendim

Relatório de Estágio/Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por:

Professora Doutora Maria José Gomes

Professora Doutora Natália Vara

Bragança, maio, 2017

RESUMO

O cancro da mama é um dos problemas de saúde mais comuns entre as mulheres, em todo o mundo. O seu tratamento, apesar da evolução verificada, continua a ser muito nocivo pela elevada incidência de sequelas físicas e psicológicas que causa. Sendo largamente reconhecido o contributo da reabilitação para promover a recuperação funcional do membro superior e a reinserção completa da mulher na sociedade.

Este estudo de natureza observacional, analítico, transversal de abordagem quantitativa, pretende contribuir para uma melhor compreensão sobre as consequências da cirurgia por cancro da mama na vida da mulher. Definiu-se como principais objetivos caracterizar a funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia e relaciona-la com as variáveis sociodemográficas, clínicas, estratégias de coping e qualidade de vida. Foi inquirida uma amostra de 150 mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, que voluntariamente participaram no preenchimento das versões portuguesas dos instrumentos DASH, WHOQOL- BREF e Brief –COPE.

Como principais resultados, destacam-se as alterações da amplitude de movimento do ombro e cotovelo presentes em mais de metade da amostra, essa alteração repercute-se em resultados mais elevados de incapacidade funcional sendo que quanto maior essa limitação menor é a qualidade de vida. Verificou-se ainda que mulheres que recorreram a estratégias de coping focadas no problema ou as de evitamento têm melhores resultados de funcionalidade do membro superior e melhor qualidade de vida. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na funcionalidade do membro superior, qualidade de vida e estratégias de coping em função de variáveis sociodemográficas e clínicas.

Palavras-Chave: Reabilitação; Cirurgia; Funcionalidade; Qualidade de Vida; Estratégias de Coping.

ABSTRACT

Breast cancer is one of the most common health problems among women, around the world. The treatment, despite the developments, continues to be very harmful for the high incidence of physical and psychological sequels that causes. Being widely recognized the contribution to promote the rehabilitation of the upper limb functional recovery and full reintegration of women in society.

This study of observational, analytical nature, of a quantitative approach, aims to contribute to a better understanding of the consequences of surgery for breast cancer in a woman's life. Defined as main goals feature the functionality of ipsilateral upper limb surgery and relates it with socio-demographic variables, clinical, coping strategies and quality of life. Was surveyed a sample of 150 women who had undergone surgery for breast cancer, who voluntarily participated in completing the Portuguese versions of the DASH instruments, WHOQOL-BREF and Brief – COPE.

Main results include changes to the range of motion of the shoulder and elbow present in more than half of the sample, this change has higher results of functional incapacity and the bigger this limitation lower the quality of life. It was also found that women who used coping strategies focused on the problem or avoidance have best results of upper limb functionality and better quality of life. Statistically significant differences were found in upper limb functionality, quality of life and coping strategies in the light of socio-demographic and clinical variables.

Keywords: Rehabilitation; Surgery; functionality ; quality of life; coping strategies.

RESUMEN

El cáncer de mama es uno de los problemas de salud más comunes entre las mujeres, en todo el mundo. Su tratamiento, a pesar de los progresos, sigue siendo muy perjudicial para la alta incidencia de secuelas físicas y psicológicas que provoca. Siendo ampliamente reconocida la contribución para promover la rehabilitación de la recuperación funcional del miembro superior y la completa reintegración de las mujeres en la sociedad.

Este estudio de naturaleza observacional, analítica, de un enfoque cuantitativo, se pretende contribuir a una mejor comprensión de las consecuencias de la cirugía para el cáncer de mama en la vida de una mujer. Define como objetivos principales la funcionalidad de la extremidad superior y relaciona con variables socio-demográficas, clínicas, estrategias de afrontamiento y calidad de vida. Se encuestó una muestra de 150 mujeres las cuales, fueran submetidas a cirugía para el cáncer de mama, que voluntariamente participaron en la realización de las versiones portuguesas de los instrumentos DASH, WHOQOL-BREF y Brief-COPE.

Como principales resultados se destacan cambios en el rango de movimiento del hombro y codo presentes en más de la mitad de la muestra, este cambio repercute con resultados de incapacidad funcional más elevados, siendo, la mayor limitación de este, menor es la calidad de vida. También se encontró que las mujeres que utilizaron estrategias de afrontamiento centrado en el problema o evitación tienen mejores resultados de la funcionalidad de la extremidad superior y mejor calidad de vida. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la funcionalidad del miembro superior, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en función de las variables socio-demográficas y clínicas.

Palabras clave: Rehabilitación; Cirugía ; funcionalidad; calidad de vida; estrategias de afrontamiento.

Aos meus filhos, João e Raúl sois a minha inspiração,
a minha alegria, a minha Vida...

A ti Lau por todo o amor e por me fazeres acreditar
que tudo é possível!

*“Apressa-te a viver bem e pensa
Que cada dia é, por si só, uma vida”*

SÊNECA

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho, pelos fins académicos, é considerado um trabalho individual, mas não posso deixar de ressaltar que outras pessoas colaboraram, direta ou indiretamente, para que os seus objetivos fossem alcançados.

A colaboração não se restringe apenas à relação científica e prática, mas também a um sorriso, uma conversa, um incentivo, um conselho, uma palavra de motivação. Assim menciono todos os que contribuíram para mais esta etapa, num reconhecido agradecimento.

Á Professora Doutora Maria José Gomes e à Professora Natália Vara pela atenção incansável que me dispensaram ao longo de todo o processo, bem como pela preciosa orientação que tornou exequível o desenvolvimento desta investigação. A minha sincera gratidão também pela motivação transmitida e pela amizade.

Ao Professor Doutor Pais Ribeiro, ao Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida e ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra um sentido agradecimento pela pronta autorização para a utilização dos seus conceituados testes.

Á Professora Doutora Amélia Pasqual Marques pela pronta disponibilidade para me facultar o seu livro “Manual de Goniometria”, auxiliar precioso nesta investigação.

A todos as mulheres que participaram no estudo, sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo, bem hajam pelo vosso exemplo.

Por último, mas não menos importante, à minha família e aos meus amigos pelo estímulo e alento, pelo apoio e pelo amor incondicional.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- American Cancer Society

APER- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação

DASH- Questionário Disabilities of Arm, Shoulder and Hand

DGS- Direção Geral de Saúde

e.g.- Por exemplo

IARC- International Agency for Research on Cancer

IMC-Índice de Massa Corporal

n- Número de mulheres

OMS- Organização Mundial de Saúde

p - Nível de significância

RIMAS- Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde

WHO- World Health Organization

ÍNDICE GERAL

Introdução	12
I Parte - Enquadramento Teórico	14
1. Breve Contextualização do Cancro da Mama	15
2. Implicações da Cirurgia por Cancro da Mama na Vida da Mulher	18
2.1. Consequências da Cirurgia na Funcionalidade do Membro Superior	19
2.2. Influência das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas na Qualidade de Vida da Mulher Pós Cirurgia	20
3. Papel das Estratégias de Coping na Adaptação à Doença.....	23
4. Enfermeiro de Reabilitação e a Mulher Submetida a Cirurgia por Cancro da Mama	27
II Parte – Investigação Empírica.....	31
1. Metodologia	32
1.1.Contextualização do Problema e Objetivos de Estudo.....	32
1.2. População e Amostra.....	33
1.3. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados	35
1.4. Operacionalização das Variáveis.....	35
1.5. Instrumentos de Medida	37
1.6. Procedimentos Éticos e Deontológicos	43
2. Apresentação e Análise dos Resultados	45
2.1. Variáveis Clínicas.....	45

2.2. Avaliação do Membro Superior	49
2.3. Avaliação da Funcionalidade do Membro Superior segundo Questionário DASH	53
2.4. Determinação das Estratégias de Coping- Questionário Brief- COPE	57
2.5. Avaliação da Qualidade e Vida – Questionário WHOQOL- BREF	59
2.6. Inferência Estatística	60
2.6.1. Relação entre Funcionalidade do Membro Superior, Variáveis Sociodemográficas e Variáveis Clínicas.....	60
2.6.2. Relação entre Funcionalidade do Membro Superior, Estratégias de Coping e a Qualidade de Vida.....	62
2.6.3. Relação entre Goniometria, Estratégias de Coping e a Qualidade de Vida.....	65
3. Discussão dos Resultados	86
4. Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo	95
Bibliografia	98
Anexos.....	118
Anexo I- Instrumento de Colheita de Dados.....	119
Anexo II- Parecer à Comissão de Ética da ULSNE e respetiva autorização.....	137
Anexo III- Autorização para aplicação dos questionários DASH, Brief- COPE e WHOQOL- BREF.....	140

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Caraterização dos Fatores de Risco	46
Figura 2 - Caraterização do IMC	47
Figura 3 - Caraterização dos Tratamentos Realizados.....	49
Figura 4 - Caraterização da Mobilidade do Ombro	50
Figura 5 - Caraterização da Mobilidade do Cotovelo.....	51
Figura 6 - Caraterização dos Casos Linfedema	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização da Amostra em Função das Variáveis Sociodemográficas.....	34
Tabela 2 - Amplitude normal dos ângulos articulares estudados do Membro Superior.	38
Tabela 3 - Caraterização da Amostra Segundo Variáveis Clínicas	48
Tabela 4 - Caraterização por Comparação da Força Muscular entre Membro Superior Homolateral à Cirurgia e o Lado Contrário à Cirurgia.....	52
Tabela 5 - Caraterização da Funcionalidade da Amostra em Função dos itens do Questionário DASH.....	54
Tabela 6 - Caraterização dos itens do Questionário DASH- Módulo relativo ao Trabalho	56
Tabela 7 - Média, Desvio Padrão e Valores de Alpha de Cronbach do Questionário DASH.....	57
Tabela 8 - Média e Desvio Padrão para as Dimensões da Escala Brief- COPE.....	58
Tabela 9 - Média, Desvio Padrão e valores de Alpha de Cronbach para as 3 Categorias das Estratégias de Coping	59
Tabela 10 - Média, Desvio Padrão e Valores de Alpha de Cronbach para as Dimensões do Questionário WHOQOL-BREF.....	60
Tabela 11 - Questionário DASH versus Variáveis Sociodemográficas e Clínicas.....	62
Tabela 12 - Correlação de Spearman do instrumento DASH com WHOQOL- Bref e Brief- COPE.....	64
Tabela 13 - Correlação de Spearman entre os fatores WHOQOL-BREF, Estratégias de Coping e DASH.....	65

Tabela 14 - Flexão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH.....	68
Tabela 15 - Flexão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste <i>t</i>	69
Tabela 16 - Extensão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH.....	71
Tabela 17 - Extensão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste <i>t</i>	73
Tabela 18 - Abdução do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH.....	75
Tabela 19 - Abdução do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste <i>t</i>	76
Tabela 20 - Flexão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH.....	78
Tabela 21 - Flexão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste <i>t</i>	79
Tabela 22 - Extensão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH.....	81
Tabela 23 - Extensão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH, teste <i>t</i>	82
Tabela 24 - Perimetria (com/sem linfedema) versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH.....	84
Tabela 25 - Perimetria (com/sem linfedema) versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, teste <i>t</i>	85

INTRODUÇÃO

O cancro de mama é uma das principais causas de morbimortalidade, com grande importância epidemiológica e relevante impacto social, tornando-se importante foco de atenção na saúde (Tiezzi, 2010), constatando-se que a nível mundial é a patologia oncológica mais frequente na população feminina (Parkin, 2011). Para Costa e colaboradores (2012), representa uma ameaça a um órgão que se encontra relacionado com a auto-estima, sexualidade, a feminilidade, os papéis sociais e a própria vida, causando alterações em várias dimensões da vida da mulher.

Os progressos da medicina possibilitaram a descoberta de formas de tratamento mais eficazes, contudo esta doença continua a ser uma das mais temidas da atualidade (Mukherjee, 2012; Odgen, 2004). Os tratamentos como a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, que tem o objetivo primário de melhorar a qualidade de vida conduzem a um aumento de complicações (Harris, 2012; Jemal et al., 2011). As morbilidades mais frequentemente citadas na literatura são as observadas no membro superior pós-intervenção cirúrgica, segundo Harris (2012), Paiva (2011), Velloso e colaboradores (2011) tais refletem a redução da amplitude de movimento do ombro, a diminuição na força de preensão, fraqueza, dormências no ombro, parede axilar e lateral do tórax, dor e linfedema. A nível emocional a mulher vivência uma série de etapas, que implicam entre outros sintomas, a dor, o sofrimento, a negação ou o medo (Stumm et al., 2009)

Face ao impacto que o cancro de mama causa na vida da mulher, nos últimos anos tem-se dado ênfase a medidas que promovam a qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como *“a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (World Health Organization, 1995).

Assim, e porque não existem dados sobre a funcionalidade do membro superior, qualidade de vida e estratégias de coping nas mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama em Bragança, surgiu o interesse por esta temática para o desenvolvimento da presente investigação que visa a obtenção do grau de Mestre, em Enfermagem de

Reabilitação, a ser apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança. De uma forma mais específica são objetivos principais deste trabalho caracterizar a funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia e relaciona-la com as variáveis sociodemográficas, clínicas, estratégias de coping e qualidade de vida.

Para tal, desenvolveu-se um estudo observacional, analítico, transversal de cariz quantitativo, tendo-se elaborado um instrumento de recolha de dados onde foi incluído a avaliação do membro superior nos parâmetros goniometria ombro-cotovelo, força muscular nomeadamente força de preensão palmar e digital, perimetria, assim como os questionários DASH, Brief-COPE e WHOQOL-BREF.

Estruturalmente o presente trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico do estudo, onde se procurou construir um quadro concetual através da revisão de alguns conceitos, dados e evidências científicas, entendidos como relevantes para uma melhor compreensão e fundamentação da temática. Numa segunda parte aborda-se o estudo empírico realizado, desde os aspetos metodológicos que o orientaram e suportaram, à apresentação, análise e discussão dos resultados. Para finalizar, colocam-se em evidência as principais conclusões, limitações e sugestões decorrentes da investigação.

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CANCRO DA MAMA

As doenças oncológicas são um dos principais problemas a nível mundial, em especial nos países desenvolvidos. A este respeito, Pereira (2008) refere que cerca de onze milhões de pessoas são diagnosticadas com cancro anualmente, sendo que a doença representa 12,5% das mortes em todo o mundo, estimando-se que mais de 16 milhões de casos serão verificados até 2020. Relativamente ao cancro da mama, segundo a American Cancer Society (2016) e a International Agency for Research on Cancer (2016) esta assume-se como a segunda neoplasia mais frequente na mulher.

Portugal segundo dados publicados pela Direção Geral de Saúde, referentes às “Doenças Oncológicas em Números-2015”, evidência o crescimento progressivo do número de novos casos anuais bem como um aumento da idade média da população afetada. A Liga Portuguesa Contra o Cancro (2016) refere que são diagnosticados cerca de 6000 novos casos em cada ano, sendo que desses 1500 são fatais, apesar dos números verifica-se a diminuição na taxa de mortalidade. Para este cenário contribuíram os recursos humanos e materiais disponibilizados, a capacidade de resposta de Serviço Nacional de Saúde e as alterações nos hábitos e estilos de vida das portuguesas, sobretudo pela aposta dos profissionais de saúde em programas de educação e sensibilização sobre o tema.

A implementação e funcionamento dos rastreios de base populacional tem sido uma mais-valia para o diagnóstico precoce, nomeadamente o carro móvel de mamografia. A este nível, a Unidade Local de Saúde do Nordeste em 2014, obteve a melhor taxa nacional de adesão ao rastreio com 79,3% de mulheres convidadas rastreadas (DGS, 2015).

Á semelhança de outras doenças malignas, estamos perante uma conjectura multifatorial. O género, a idade, a história familiar, a história pregressa de cancro da mama, a história reprodutiva e a suscetibilidade genética têm sido apontados como fatores associados a um risco aumentado de desenvolver a doença (Thuler, 2003), também o consumo de álcool, a exposição ao tabaco e a radiações ionizantes, a obesidade e ausência da prática de exercício físico são tidos como outros fatores de risco importantes (Fernandes, Calabrich, & Katz, 2009).

A par destas evidências, investigadores procuraram estabelecer relações entre fatores psicológicos e o aparecimento do cancro, Razavi & Delvaux, (2002), Mendes (2002) e Damásio (2003) defendem que as variáveis psicossociais, nomeadamente o tipo de personalidade, acontecimentos de vida stressantes, sistemas de coping afetam a função imunitária e deste modo condicionam a evolução da doença.

Em suma, alguns dos fatores de risco estão fora do nosso controlo mas muito deles podem ser evitáveis e o seu impacto global pode fazer a diferença (Macip, 2013), para isso a prevenção deve ser realizada a diversos níveis, através da implementação de programas de promoção da saúde: Prevenção Primária, Educação para a Saúde; Prevenção Secundária, rastreios e Prevenção Terciária, Psico-Oncologia e Reabilitação (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2016).

Perante o diagnóstico de cancro da mama colocam-se muitas opções terapêuticas, pese embora a cirurgia ainda prevaleça, esta associa-se muitas vezes a tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia (Rett, Mesquita, Mendonça, Moura, & Santana, 2012; Bergmann, Medina, & Fabro, 2015). Qualquer escolha terapêutica será sempre fonte de receio e ansiedade, desencadeando alterações psicológicas e desconfortos físicos na mulher (Saant Anna, Almeida, Petito, & Gutiérrez, 2010; Jammal, Machado, & Rodrigues, 2008).

Para Moura & Patrão (2011) a eminente ameaça do desfiguramento físico, a diferença entre a perceção da imagem passada e da atual e, conseqüentemente, perda de confiança nas relações com os outros leva as mulheres a experimentar maiores níveis de ansiedade, depressão e isolamento. A este cenário, somam-se os efeitos colaterais físicos e funcionais que incluem diminuição da função cardiovascular, força no membro superior diminuída, diminuição da função pulmonar, da massa magra do corpo, alteração de peso, dificuldade para dormir, fadiga, náuseas, vômitos, alopecia, osteoporose e início precoce da menopausa (Manganiello, 2009). Na maioria das vezes estas vivências ocorrem sem uma preparação prévia ou acompanhamento da mulher condicionando negativamente a adaptação à nova realidade e à nova imagem corporal (Amâncio, Santana, & Costa, 2007).

A reabilitação é assim, uma ferramenta indispensável para readaptar e reinserir a mulher no seio familiar e mais alargadamente na comunidade.

2. IMPLICAÇÕES DA CIRURGIA POR CANCRO DA MAMA NA VIDA DA MULHER

Face ao diagnóstico, a mulher e família confrontam-se pela primeira vez com a possibilidade de finitude inerente à existência humana (Bervian & Girardon-Perlini, 2006), inicialmente, segundo Duarte & Andrade (2003), a preocupação é com a sobrevivência, posteriormente afastada a possibilidade de morte surge a preocupação com a mama, quando a mulher regressa ao seu quotidiano e às suas relações sociais, profissionais e familiares. Este processo de adaptação embora diga respeito à mulher, tem também implicações em quem está à sua volta, familiares e amigos, que sentem a necessidade de mobilizar recursos emocionais para dar um significado ao acontecimento (Patrão & Moura, 2012).

A cirurgia por cancro da mama surge como ameaça de mutilação de um órgão carregado de simbolismo, ligado à feminilidade, maternidade e sexualidade, o que irá representar para além de uma limitação estética, com prejuízo na satisfação sexual e no relacionamento afetivo, uma limitação funcional (Costa, Jimenez, & Pais Ribeiro, 2012; Odgen, 2004; Ramos & Patrão, 2005). O estudo de Hayes (2012) refere que entre 10% a 64% das mulheres com cancro da mama submetidas a cirurgia irão apresentar pelo menos um sintoma no membro superior no período de 6 meses e 3 anos após o procedimento. A dor (mama e axila) parece ser o sintoma mais prevalente variando entre 12 a 51% e aproximadamente 20% desta população irá desenvolver linfedema.

Segundo Camões (2014), os progressos científicos ao nível dos tratamentos devem tanto quanto possível, ser coincidentes ao processo de reabilitação, devendo ser este, o mais global possível.

2.1. Consequências da Cirurgia na Funcionalidade do Membro Superior

As duas formas mais usadas de intervenção cirúrgica, são a radical modificada, onde é retirada toda a mama e a conservadora, que faz a exérese somente da região afetada pelo tumor. As cirurgias radicais modificadas são indicadas para tumores maiores, não fixos à musculatura. A cirurgia conservadora, também denominada quadrantectomia, está indicada para tumores menores, esta faz a remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária onde está localizada a lesão (Kosir et al., 2001). Independentemente do tipo de abordagem, durante a cirurgia é realizado procedimento para investigação do acometimento linfonodal axilar, que pode ser a linfonodectomia axilar ou a pesquisa do gânglio sentinela, respectivamente, podendo conduzir à retirada total ou parcial dos linfonodos axilares (Shi et al., 2011). Esta pesquisa é empregada para o estadiamento da doença, orientação nos critérios de escolha da terapia adjuvante e do prognóstico.

Para Rett e colaboradores (2013), a linfonodectomia axilar poderá ser uma das principais justificativas para o aparecimento de complicações e morbidades pós-operatórias, sendo uma delas o aparecimento de linfedema. O esvaziamento axilar é assim considerado um fator de risco três vezes maior para o linfedema comparativamente à ausência do mesmo (Erickson, Pearson, Ganz, Adams, & Kahn 2001; Kosir et al., 2001; Vieiros, Nunes, & Martins, 2007).

Com a técnica de biópsia do gânglio sentinela promoveu-se uma redução significativa na morbidade física e psicológica da mulher, pela diminuição do aparecimento de sequelas decorrentes da linfonodectomia axilar (Purushotham et al., 2007; Bani et al., 2007; Hammer & Fleming, 2007; Fu & Rosedale, 2009). Em suma minimizaram-se os efeitos colaterais nas diversas esferas da vida da mulher, no que diz respeito à funcionalidade, níveis de fadiga, função física, composição corporal, auto-estima e qualidade de vida (Courneya et al., 2007; Murtie et al., 2007; Saxton & Daley, 2010).

Diversas investigações têm demonstrado a existência de outros sintomas que poderão advir da cirurgia, como a dor, retração cutânea, diminuição da capacidade de distensibilidade do tecido subcutâneo das estruturas envolvidas como o ombro, cotovelo, punho e mão, levando a disfunções na articulação do ombro, promovendo um movimento desarmonioso deste na cintura escapular com prejuízo da capacidade

funcional, flexibilidade e mobilidade (Haddad, 2013; Rett, Mesquita, Mendonça, Moura, & Santana, 2012; Schneider, 2007; Shamley, 2007).

Pesquisas realizadas com mulheres sujeitas a mastectomia ou tumorectomia com esvaziamento axilar mostraram existir défices em pelo menos um movimento do ombro, sendo a flexão, abdução e rotação externa onde se verifica maior défice de amplitude (Nesvold, 2008; Lahoz, Nyssen, Correia, Garcia, & Driusso, 2010; Gois, 2012). Na mesma linha de pesquisa, Silva e colaboradores (2004) referem que mulheres submetidas a mastectomia radical apresentam limitação de pelo menos um movimento do ombro depois de 18 meses do ato cirúrgico. Neste estudo, onde participaram 59 mulheres submetidas a intervenção com linfonodectomia axilar, observou-se ainda dificuldades na flexão e abdução de ombro após seis semanas de reabilitação. Segundo os mesmos, uma limitação da movimentação do ombro menor que 30° não interfere diretamente na realização das tarefas diárias e básicas da mulher.

Concomitantemente com a redução na amplitude de movimento estudos argumentam que ocorre redução importante na força muscular do membro superior homolateral à cirurgia, associando essa perda com a menor funcionalidade do membro, com a dor, com a disfunção da biomecânica muscular, com a redução da amplitude articular e com o linfedema (Rett, Mesquita, Mendonça, Moura & Santana, 2013; Harrington et al., 2011; Assis, 2013).

Lahoz e colaboradores (2010) relataram no seu estudo que a fraqueza muscular é uma das complicações decorrentes da mastectomia radical encontrando-se intimamente relacionada com o procedimento cirúrgico, onde há a retirada dos músculos peitoral maior e menor, constatando que houve diminuição significativa da força muscular para os movimentos de flexão, abdução e rotação lateral do ombro do membro homolateral à cirurgia.

Apesar de se conseguir a normalidade da amplitude do ombro e recuperar a funcionalidade do membro superior, algumas mulheres continuam a apresentar inúmeras queixas de falta de força para a realização das atividades de vida diárias (Rett, Mesquita, Mendonça, Moura, & Santana, 2013; Hayes, 2012). Estas complicações, pela sua prevalência, gravidade ou duração, podem comprometer o processo de recuperação

da mulher do ponto de vista físico, psicológico e social podendo prejudicar de forma significativa a sua qualidade de vida (Otto, 2000; Amaral & Moreira, 2009; Petito & Gutiérrez, 2008).

2.2. Influência das Variáveis Sociodemográficas e Clínicas na Qualidade de Vida da Mulher Pós Cirurgia

A qualidade de vida, segundo a OMS, trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group, 1993, 1994, 1995, 1998).

A dimensão física do cancro da mama foi durante muito tempo o principal fator de preocupação, no entanto, esta tendência tem-se vindo a alterar em virtude das repercussões psicossociais inerentes a esta doença (Salgado, 2011).

Segundo Varricchio & Ferrans (2010) citado por Canavarro e colaboradores (2011), a partir do diagnóstico, a mulher inicia uma jornada marcada por vários eventos advindos do tratamento, sendo que cada uma das estratégias terapêuticas usadas para o tratamento vai causar diferentes constrangimentos sobre a qualidade de vida.

A literatura aponta para a influência das variáveis sociodemográficas e clínicas na vivência do processo de doença e posterior reabilitação. As mulheres jovens, são as mais vulneráveis à ansiedade relacionada ao tempo de sobrevivência e também com os efeitos estéticos, além das implicações relacionadas ao trabalho, à vida conjugal e à maternidade, aspetos esses, que geralmente são mais facilmente superados pelas mulheres mais velhas (Avis, Crawford & Manuel, 2005; Howard-Anderson, Ganz, Bower, & Staton, 2012).

Em relação à abordagem cirúrgica, pesquisas verificaram que a realização da tumorectomia em relação à mastectomia, conduzia a uma maior satisfação com a

imagem corporal, melhor funcionamento psicológico, social e sexual (Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, & Ruland, 2005; Nesvold, 2008; Velloso, Barra & Dias, 2011).

Na sociedade atual o padrão de beleza é ter um corpo perfeito e este conceito já é transmitido às crianças desde muito cedo. Esta majoração sociocultural do corpo é um fator que pode dificultar a adaptação da mulher frente às mudanças ocorridas devido aos tratamentos (Harriger, Calogero, Witherington, & Smith, 2010; Lima, Batista & Junior, 2013; Webb, Warren-Findlow, Chou, & Adams, 2013).

Numa revisão de literatura realizada por Mols, Vingerhoets, Coebergh, Van de Poll, & Franse (2005) citada por Canavarro e colaboradores (2011), os autores verificaram que um nível socioeconómico elevado, a não realização de quimioterapia, a inexistência concomitante de outros problemas de saúde, bem como níveis elevados de suporte emocional por parte da família, protegem as mulheres das implicações negativas do cancro da mama. Além disso, a existência de um relacionamento íntimo e um grau de instrução elevado (King, Kenny, Shield, Hall, & Boyages, 2000; Peuckmann et al., 2007), bem com a idade mais avançada aquando do diagnóstico podem funcionar como fatores protetores de um impacto negativo da doença, aumentando a capacidade de resiliência e/ ou recuperação.

Strayer & Caple (2012), referem que a sexualidade em mulheres após esvaziamento axilar é significativamente mais afetada quando têm menor nível educacional, parceiros mais velhos e sem reconstrução mamária. Fazendo referência que cada vez mais a doença é vivida e partilhada pela família, já que a saúde psicológica e os papéis de todos os membros da família são muitas vezes afetados pela experiência da doente, conduzindo a uma profunda influência sobre o relacionamento com o parceiro, caso tenham um elevado nível de interdependência psicológica.

A investigação em enfermagem oncológica, concretamente o estudo da adaptação psicossocial à doença, ao dar relevo ao papel dos fatores sociodemográficos e dos fatores clínicos acabou por conotar à personalidade e às estratégias de coping o papel de mediadores na adaptação ao cancro interferindo inevitavelmente na qualidade de vida e na reabilitação da mulher (Malak & Gumus, 2009).

3. PAPEL DAS ESTRATÉGIAS DE COPING NA ADAPTAÇÃO À DOENÇA

Face ao diagnóstico de cancro da mama instala-se uma crise individual e familiar que exige respostas adaptativas perante uma notícia quase sempre vivenciada como catástrofe (Sampaio, 2011). Perante a doença, cada mulher terá que caminhar no sentido de se ajustar à doença e às marcas deixadas por ela. O termo adaptação não é mais que um processo que ocorre ao longo do tempo, em que o indivíduo vai lidando, aprendendo e acomodando-se às mudanças que foram precipitadas pela alteração das circunstâncias da sua vida (Brenan, 2001; De Ridder, 2008). Desta forma uma abordagem biopsicossocial é extremamente importante na reabilitação das mulheres com cancro da mama.

Malak & Gumus (2009), definem quatro etapas características do processo de adaptação à doença, a fase de diagnóstico onde o nível de stress é frequentemente elevado, a fase do pós-operatório, a fase dos tratamentos e a fase da recuperação. A adaptação física e emocional pode mudar de acordo com cada uma das etapas referidas, algumas podem ser mais stressantes e angustiantes que outras. Para promover a adaptação à doença, os profissionais de saúde devem ter em atenção todos os fatores facilitadores desse processo, intervindo junto da mulher e família desde a fase inicial.

A vivência do cancro da mama é sem dúvida um acontecimento de vida stressante. Consequentemente, a forma como a mulher conceptualiza todo o processo, nomeadamente, as suas expectativas de sobrevivência, a maior ou menor agressividade do tratamento, as alterações na imagem corporal, entre outras, está intimamente ligado as estratégias de coping (Patrão, Leal & Maroco, 2012; Costa & Patrão, 2009)

Para Patrão & Moura (2012), as estratégias de coping podem ser definidas como um conjunto de esforços que a pessoa utiliza para encarar determinada situação geradora de stress, ou seja, representam os meios utilizados para lidar com um acontecimento adverso e possibilitam principalmente, a alteração, modificação ou aceitação, devendo ser entendido como um processo dinâmico, que implica a utilização de ferramentas que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e a percepção da falta de controlo sobre a situação (Amorim, 2007).

A eficácia do coping deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina esse desconforto, promovendo o ajustamento psicológico à doença oncológica (Varela & Leal, 2007). Assim se o coping for efetivo, o indivíduo obterá a solução do problema ou a diminuição da emoção e o evento stressor será superado. Caso as estratégias sejam ineficazes instalar-se-á a crise e a continuidade do processo de stress, tornando-se indispensável uma reavaliação da situação stressante.

Moos & Schaefer (1993) citado por Vara (2014) no seu modelo teórico empregaram o termo *"recursos de coping para se referir aos fatores pessoais e sociais relativamente estáveis que influenciam a forma como os indivíduos tentam gerir crises e transições de vida"*. Estes autores dissociaram as estratégias de coping em evitamento e confronto. As de evitamento são as que procuram evitar o stressor ou a própria reação do indivíduo para com o fator stressante, enquanto as de confronto dirigem-se para o próprio stressor ou à reação deste. Assim, o coping de confronto ou ativo pode ser considerado adaptativo e inclui reavaliação positiva, procurando apoio emocional, planeando para resolver o stressor, e pesquisa de informações relativas ao fator gerador de stress. Sendo que as estratégias de evitamento podem ser consideradas não adaptativas, já que envolvem um desinvestimento comportamental e mental, negação, religião, descarga emocional e busca de recompensas em outras atividades (Vara, 2014).

Assim sendo, a literatura remete-nos para três grandes categorias de estratégias de coping: as estratégias focadas no problema (refere-se aos esforços orientados para tarefas que visam resolver o problema), as estratégias focadas nas emoções (inclui respostas emocionais, como a expressão de sentimentos e a auto-culpabilização) e as estratégias de evitamento que de acordo com Lazarus (1993) podem incluir o coping focado no problema ou focado nas emoções. As estratégias de coping não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do coping deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto. As estratégias de coping utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objetivos, convicções e estilos de coping do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Há autores salientam que as estratégias de coping mais eficazes são as que refletem a aceitação do cancro e são seguidas de estratégias que visam responder às problemáticas relacionadas com a doença e às suas consequências, de forma realista (Rowland, 1989). Varela & Leal (2007) referem que o coping focado nas emoções surge mais associado a situações de difícil ou impossível controlo sendo menos adaptativo, o que se traduz em índices mais elevados de depressão, dor e incapacidade física, assim como, num menor bem-estar e auto-estima, refletindo-se numa avaliação deteriorada da qualidade de vida e baixa adesão às indicações terapêuticas. Ou seja, estratégias focadas no problema são usadas com mais frequência quando as situações são avaliadas como sendo passíveis de mudança, enquanto as estratégias focadas nas emoções são utilizadas predominantemente em condições que se considera que não são controláveis, como é frequentemente o caso do cancro (Schou, Ekeberg, Sandvik, Hjermsstad, & Ruland, 2005; Koenig, 2008).

Estudos sobre estratégias de coping em mulheres com cancro da mama concluíram que o coping ativo, que se caracteriza por padrões de suporte social interativos, confronto com a doença e espírito de luta, está relacionado com uma maior adaptação psicossocial, auto-estima elevada, satisfação com a vida e melhor adesão às indicações terapêuticas (Nordin & Glimelius, 1998; Santos, 2004). Corroborando com esta ideia, Canavarro e colaboradores (2011) bem como Gonçalves (2014) reforçam que o recurso ao coping cognitivo ativo mostrou associar-se a uma melhor qualidade de vida para estas mulheres em detrimento das que recorreram à estratégia de evitamento. Em outras palavras, a mulher que mais prontamente responde às mudanças que lhe são suscitadas pela sua condição, lida melhor com a situação de doença. Verificando-se que aquelas que utilizam estratégias de coping mais adequadas às circunstâncias, que mantêm elevadas expectativas quanto aos resultados das suas ações e sentem que têm controlo sobre o processo de doença, apresentam uma melhor qualidade de vida.

Gumus & Çam (2008), defendem que um programa de reabilitação que inclua esta abordagem psicossocial será uma mais-valia por facilitar a verbalização dos sentimentos e preocupações da mulher e família, por aumentar a capacidade de lidar com as limitações do tratamento, diminuindo as queixas, ajudando a gerir os sintomas, no sentido de as auxiliar a desenvolver novas áreas de interesse, de trabalho, de

expectativas e investimento emocional. Para Souza & Araujo (2010), este tipo de intervenção tem demonstrado benefícios para as sobreviventes de cancro, especialmente pelo fornecimento de informação acerca da doença e tratamento, sendo esta importante para ajudar a ultrapassar as dificuldades, conduzindo à melhoria das estratégias de coping, promovendo tanto o bem-estar psicológico como o bem-estar físico durante as várias fases da doença e consequentemente aumentando a própria qualidade de vida.

Adotar uma atitude positiva perante a vida, encarar um dia de cada vez, ser capaz de enfrentar os desafios são orientações fundamentais que ajudam a ultrapassar os momentos de crise e de mudança, esta capacidade relaciona-se com uma personalidade otimista e com a capacitação para o desenvolvimento de recursos eficazes perante uma situação considerada negativa (Patrão & Moura, 2012).

4. ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E A MULHER SUBMETIDA A CIRURGIA POR CANCRO DA MAMA

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação será aquele, cujos conhecimentos lhe possibilitam a intervenção com base no recurso a “ *técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e comunidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Ou seja, “*O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa*” (Ordem dos enfermeiros, 2010, p. 2).

Reabilitar a mulher com cancro da mama é um processo complexo, necessitando para tal dos esforços de cooperação de toda a equipa multidisciplinar, da mulher e da sua família. Com vista à capacitação da “ (...) *pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania*”, assim como, a maximização da “*funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (...)*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 3).

Para a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER,2010), é de fundamental importância o papel do profissional na prevenção de complicações e na promoção de maior independência funcional, traduzindo-se essas práticas em ganhos em saúde. Assim, e segundo a mesma, os cuidados prestados por aqueles profissionais visam: a diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos serviços de urgência; a diminuição do número de episódios de internamento; a diminuição da demora média de internamento e dos recursos que lhe estão associados; o aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; a diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade; a diminuição da dependência funcional e social; a diminuição da morbilidade; a diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; a adequação do

ambiente, habitação, com menor dependência socioeconómica e a optimização da reintegração do utente no seio familiar e social.

A intervenção do enfermeiro especialista na comunidade deveria começar aquando do diagnóstico da doença, mantendo o acompanhamento no período dos tratamentos, terminando em contexto domiciliário após a reinserção completa da mulher na família e na sociedade. Apesar de todo o trabalho que se poderá fazer em contexto hospitalar, a realidade segundo Costa (2011), mostra que os internamentos cada vez mais curtos remetem os enfermeiros para a necessidade de programar cuidados que visem a promoção da autonomia, autocuidado e independência num curto período de tempo. Os internamentos reduzidos podem ser um entrave à aprendizagem e treino de capacidades, resultando eventualmente em maiores constrangimentos para a pessoa na adaptação à sua condição de doença. É assim de extrema importância, o trabalho do enfermeiro na comunidade para dar continuidade aos cuidados iniciados em contexto hospitalar, onde após o levantamento das necessidades, irá esboçar e implementar um plano de cuidados de acordo com a realidade de cada mulher, de cada família e mais alargadamente, de acordo com a comunidade em que se insere.

A cirurgia por cancro de mama deixa marcas físicas e psicológicas às quais o profissional de saúde deve estar atento, a intervenção especializada deverá ter em consideração todos esses aspetos, em especial a nível físico onde a modificação da fisiologia das estruturas da cavidade axilar pode levar ao aparecimento de aderências e diminuição da movimentação articular do ombro, e conseqüentemente a instalação de rigidez e atrofia muscular. Petit e colaboradores (2012) citado por Sequeira (2014), salientam que a imobilização prolongada ocasionada pelo medo e/ou dor, o tipo de cirurgia - o tamanho da incisão, a existência de linfonodectomia axilar, traumatismos no longo nervo torácico ou espasmo muscular por toda a região cervical - são fatores que contribuem para que a mulher tenda a diminuir o movimento do membro superior homolateral à cirurgia.

O trabalho desenvolvido por Cavanaugh (2011) defende o retorno precoce da atividades de vida diária, pois além de não prejudicar a cicatrização, não aumenta o risco para desenvolvimento de linfedema, sendo até muitas vezes, um meio de prevenção, estimulando a contração muscular e o retorno linfático do membro, permitindo por fim,

uma manutenção da qualidade de vida da mulher com antecipação não apenas das atividades diárias mas também das laborais.

Pesquisas apontam para a importância da reabilitação física junto destas mulheres, mostrando possibilidades e protocolos de reabilitação dos movimentos do membro superior com impacto positivo, muitos deles, baseados na cinesioterapia, incluindo alongamentos da cintura escapular, consciência corporal, orientações para as atividades de vida diária, entre outros, visando a manutenção ou ganho da amplitude articular do ombro, a prevenção das dores, alterações posturais, contraturas da pele ou musculares e o linfedema (Bergmann, 2006; Shamley, 2007; Rezende, Rocha & Gomes, 2010; Petito, Nazário, Martinelli, Facina, & Gutiérrez, 2012). A ênfase é dada aos alongamentos da região cervical e à movimentação activa do membro superior (flexão, extensão, abdução, adução e rotação interna e externa).

Sequeira (2014) define como objetivos da reabilitação, a prevenção das limitações funcionais do membro superior homolateral à cirurgia, a identificação de situações de linfedema, retrações e aderências cicatriciais e possibilitar à mulher a recuperação da sua qualidade de vida o mais precocemente possível.

Inúmeros estudos são feitos a nível internacional e vêm comprovar a necessidade de programas de reabilitação para estas mulheres. A investigação conduzida por Bregognol & Dias (2010) com mulheres submetidas a cirurgia da mama com esvaziamento axilar evidenciou mais alterações naquelas que não haviam efetuado exercícios no pós-operatório. Gois (2012), num estudo em que se pretendia avaliar a influência da reabilitação pré-operatória na amplitude de movimentos e na medida de independência funcional em mulheres submetidas a mastectomia radical modificada foi possível verificar que as mulheres que não realizaram cinesioterapia apresentavam uma diminuição da medida de independência funcional ao 15º dia de pós-operatório e também uma menor frequência no regresso. McNeely e colaboradores (2010), acreditam que programas de exercícios devem ser continuados após cirurgia, num período que se deverá prolongar por seis a doze meses. Ainda para Petito e colaboradores (2012), a reabilitação do membro superior em mulheres submetidas a cirurgia por cancro, deve promover a recuperação total ou parcial da amplitude do movimento, referindo como aceitável um défice de 10% a 15% do valor considerado

normal para cada movimento do membro superior, na recuperação da amplitude do movimento, uma vez que esta diminuição não interfere na funcionalidade do membro superior para a realização das atividades de vida diária.

Perante a mulher submetida a cirurgia por cancro da mama, cabe ao enfermeiro o discernimento de prestar cuidados conjugando a técnica, ciência e humanização tendo como objetivo a capacitação. Em termos de especialidade, Santos (2013) concluiu que os cuidados de enfermagem de reabilitação promovem uma transição saudável, ao habilitar as mulheres para a gestão e adaptação à sua nova condição de saúde.

O doente não é apenas uma entidade biológica, nem a doença apenas uma disfunção, ela acontece num corpo de alguém singular, com um passado, um presente e um futuro, com um percurso ontológico. O corpo é um espaço relacional, intra e interpessoal. É o suporte físico da existência, o interface entre o pessoal, o social, o cultural e o histórico (Maia & Silva, 2009), esta ideia será sempre um dos pilares em que se alicerça a enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário e que em certa medida ditará o maior ou menor sucesso do programa de reabilitação.

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA

A metodologia de investigação constitui uma das partes fulcrais do estudo científico, possibilitando responder às questões que se colocam, através da recolha de dados necessários, com procedimentos ajustados, possibilitando a identificação e dando enfoque aos aspetos mais relevantes da pesquisa (Ribeiro, 2010).

No decurso da fase metodológica procurou-se determinar os métodos a utilizar para obter resposta à questão de investigação previamente formulada. Assim, neste capítulo serão descritos todos os passos relativos à realização deste trabalho de investigação.

1.1. Contextualização do Problema e Objetivos de Estudo

Neste estudo, seguindo o preceito supracitado e tendo por base a experiência profissional, académica, a revisão teórica e os momentos de orientação, delineou-se o seguinte problema de investigação: *Qual a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping na funcionalidade do membro superior e na qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama?*

Procurando responder à questão de investigação, são objetivos deste estudo:

- Caraterizar a funcionalidade do membro superior;
- Identificar as estratégias de coping mais usadas pelas mulheres na adaptação à doença;
- Relacionar a funcionalidade do membro superior com as avaliações feitas ao mesmo;
- Relacionar a funcionalidade do membro superior com as variáveis sociodemográficas, clínicas, qualidade de vida e estratégias de coping.

A funcionalidade do membro superior, estratégias de coping e qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, são as nossas variáveis dependentes.

Relativamente às variáveis independentes foram reunidas em três grupos:

- Sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, com quem vive e local de residência);
- Clínicas (fatores de risco pessoais para o desenvolvimento de cancro da mama, ano, tipo e lado da intervenção cirúrgica, reconstrução mamaria, tratamentos realizados, alterações prévias no membro superior e reabilitação);
- Avaliação do membro superior (amplitude do movimento, força preensão manual palmar, força de preensão digital e perimetria).

Tendo em consideração os objetivos propostos, optou-se pelo desenho de um estudo observacional, analítico de carácter transversal. Ribeiro (2010), refere que este tipo de metodologia permite obter informação acerca da população em estudo, focando um grupo representativo da população num único momento da colheita de dados. Recorremos também à metodologia quantitativa, que pode ser definida como um procedimento que envolve a análise de dados distribuídos por variáveis quantificáveis (dados numéricos), uma vez que resultam da medição formal (Freixo, 2009).

1.2. População e Amostra

A população do nosso estudo é constituída pelas mulheres que foram submetidas a cirurgia por cancro da mama, inscritas no Centro de saúde de Santa Maria e Sé em Bragança. Esses dados foram obtidos através de consulta ao programa informático de monitorização das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários- Mim@uf.

Para seleccionar a amostra a investigar optou-se por um processo de amostragem não probabilística, esta obteve-se delineando como critérios de inclusão: terem idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos inclusive, estarem conscientes, orientadas e com capacidade de comunicação e que aceitassem participar voluntariamente no estudo, estando incluídos todos os que foram contactados presencialmente ou telefonicamente durante os meses de maio a agosto de 2016.

Das 164 mulheres que correspondem à nossa população obteve-se uma amostra de 150, as restantes não se conseguiram contactar ou não quiseram participar na investigação.

Em termos de caracterização sociodemográfica da amostra em estudo, as mulheres apresentavam idade média de 57,2 anos com desvio padrão de 9,9 anos a partir do mínimo de 32 anos e máximo de 75 anos.

Observou-se que a maioria, 76,7% (115) das mulheres era casada ou viviam em união de facto, vivendo sozinhas apenas 13,3% das inquiridas, relativamente às habilitações literárias, 22% (33) o ensino primário, 50,7% (76) tinham o ensino básico e 17,3% (26) possuíam ensino superior;

Quanto à situação profissional, 41,3% (62) das mulheres encontravam-se empregadas e 35,3% (53) estavam desempregadas, sendo que a maioria delas, 60% (90) alteraram a sua situação profissional em virtude da doença.

Em relação ao local de residência 79,3% (119) moravam no meio urbano.

Tabela 1 - Caracterização da Amostra em Função das Variáveis Sociodemográficas

	Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Estado Civil	Solteira	14	9,3%
	Casada/União de facto	115	76,7%
	Viúva	13	8,7%
	Divorciada/Separada	8	5,3%
	Total	150	100%
Habilitações Literárias	Ensino Primário	33	22,0%
	Ensino Básico	76	50,7%
	Ensino Secundário	15	10,0%
	Ensino Superior	26	17,3%
	Total	150	100%
Situação Profissional	Reformada	35	23,3%
	Desempregada	53	35,3%
	Empregada	62	41,3%
	Total	150	100%
Alterou a sua situação profissional?	Não	60	40,0%
	Sim	90	60,0%
	Total	150	100%
Vive	Sozinha	20	13,3%
	Com o cônjuge	114	76,0%
	Outros familiares	16	10,7%
	Total	150	100%
Local residência	Urbano	119	79,3%
	Rural	31	20,7%
	Total	150	100%

1.3. Procedimentos de Recolha e Tratamento de Dados

Para realizar o presente estudo foi necessária a articulação com as equipas de família, foi-lhes comunicada a intenção do estudo e em colaboração foram contactadas as mulheres telefonicamente ou presencialmente aquando da consulta de rotina no centro de saúde, o agendamento da entrevista foi efetuado de acordo com a preferência da entrevistada em relação ao horário e ao local da realização da mesma, decorrendo entre os meses de maio a agosto de 2016.

A colheita de dados foi feita por uma única investigadora, recorrendo-se aos mesmos instrumentos e técnicas, minimizando a possibilidade de erro nas avaliações.

Acautelou-se sempre o local reservado por forma a evitar constrangimentos na recolha de dados. De forma a limitar o viés à investigação, determinada pela presença da investigadora, procurou-se cumprir todos os pressupostos de informação, confidencialidade e empatia com as participantes, assegurando que a informação recolhida seria apenas para tratamento estatístico exclusivo.

O tempo médio para a colheita de dados foi aproximadamente 45 minutos, variável de acordo com a capacidade, vontade e necessidade de cada mulher verbalizar a experiência emocional de ter tido cancro de mama.

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa informático – SPSS for Windows, versão 20.0. Posteriormente, com o objetivo de descrever e caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo.

1.4. Operacionalização das Variáveis

Para a realização do tratamento estatístico definido, houve necessidade de proceder à operacionalização de algumas variáveis, e que se passa a descrever:

- Estado civil - Variável nominal com quatro possibilidades de resposta, de acordo com a condição da mulher (1- solteiro; 2- casado/união de facto; 3- viúva; 4- Divorciada ou Separada);

- Habilitações literárias - Variável nominal com possibilidade de resposta a quatro categorias (1- Ensino Primário; 2- Ensino Básico; 3- Ensino Secundário; 4- Ensino Superior);
- Situação Profissional- Variável que contempla três respostas (1-Reformada; 2- Desempregada; 3- Empregada);
- Vive- relativamente a esta variável consideraram-se três opções (1-Sozinha; 2- Com o cônjuge; 3- Outros Familiares);
- Índice de Massa Corporal (IMC) - De acordo com a fórmula de Lambert-Quetelet ($IMC = \frac{Peso(Kg)}{Altura^2(cm)}$), categorizaram-se quatro grupos (1- Baixo Peso; 2- Normal; 3- Excesso de Peso; 4- Obesidade);
- Locais de Residência- Definiram-se duas categorias (1- Urbano; 2- Rural);
- Ano da Cirurgia- Variável numérica e utilizada como tal para o cálculo das medidas de tendência central e dispersão e posteriormente operacionalizada em classes de amplitude 5 (1- 1995-2000; 2- 2001-2005; 3- 2006-2010; 4-2011-2015);
- Intervenções Mamária- Consideram-se três opções (1- Mama Direita; 2- Mama Esquerda; 3- Às Duas);
- Tipo de Cirurgia- Variável com quatro opções de escolha (1- Tumorectomia; 2- Quadrantectomia com Esvaziamento Axilar; 3- Mastectomia Simples; 4- Mastectomia Radical);
- Lado Dominante- Possibilidade de duas respostas (1- Direito; 2- Esquerdo);
- Perimetria- Inicialmente consideraram-se as seguintes opções (1- <2cm; 2- 2 a 2,5cm; 3- >=2,5cm. Mais tarde, esta variável sofreu transformação, tendo sido recodificada 1-sem linfedema se perimetria <2cm e 2- com linfedema se perimetria >=2 cm;
- Goniometria- Relativamente a este item considerou-se com alteração todas as mulheres que apresentavam uma diminuição da amplitude de movimento de pelo menos 30° na flexão e abdução e de 15° na extensão do ombro, quanto ao cotovelo considerou-se com alteração todas aquelas em que se avaliou um movimento de flexão inferior a 145° e de extensão superior a 0°.

1.5. Instrumentos de Medida

A escolha dos instrumentos de medida foi um dos passos vitais para a consecução desta investigação e resultaram de uma pesquisa bibliográfica direcionada à especificidade do tema, assim para a colheita de dados utilizamos uma entrevista estruturada- formulário (Anexo I), composta por cinco partes.

Parte I, alude aos dados sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, com quem vive e local de residência); e aos dados clínicos (fatores de risco pessoais para o desenvolvimento de cancro da mama, ano, tipo e lado da intervenção cirúrgica, reconstrução mamaria, tratamentos realizados, alterações prévias no membro superior e reabilitação).

Parte II, corresponde à avaliação do membro superior, através de goniometria da amplitude do movimento articular do ombro e cotovelo, força de preensão manual palmar, força de preensão digital e perimetria.

- **Goniometria**

A **goniometria** refere-se à medida dos ângulos articulares presentes nas articulações podendo ter amplitude de movimento normal, diminuído ou aumentado. O instrumento mais utilizado para medir a amplitude de movimento é o goniómetro universal, este apresenta algumas vantagens, nomeadamente o baixo custo, fácil manuseio e permite a obtenção rápida das medidas (Marques, 2014).

Em relação à goniometria, efetuaram-se avaliações nos seguintes pontos:

Ombro: movimento de flexão, extensão e abdução;

Cotovelo: movimento de flexão e extensão

Tabela 2 - Amplitude normal dos ângulos articulares estudados do Membro Superior

Articulação	Movimento	Graus de movimento
Ombro	Flexão	0° a 180°
	Extensão	0° a 45°
	Abdução	0° a 180°
Cotovelo	Flexão	0° a 145°
	Extensão	145° a 0°

Fonte: Adaptado de Manual de Goniometria, Amélia Pasqual Marques, 2014

Atendendo aos princípios deste método e às boas práticas de enfermagem, antes de se iniciar a avaliação explicou-se a cada mulher o movimento que deveria realizar exemplificando-o, foi respeitado o bom alinhamento corporal, o mais próximo possível da postura anatómica, solicitou-se a execução do movimento ativo, todas as avaliações foram executadas na posição ortostática em ambos os membros. Para o posicionamento correto do goniómetro seguiram – se as orientações de Marques (2014), ou seja, para a avaliação da amplitude articular de flexão e extensão da articulação do ombro, colocou-se o braço fixo do goniómetro ao longo da linha axilar média do tronco, apontando para o trocânter maior do fémur, o braço móvel do goniómetro sobre a superfície lateral do corpo do úmero, voltado para o epicôndilo lateral. Na avaliação do movimento de abdução, o braço fixo do goniómetro ficou sobre a linha axilar posterior do tronco e o braço móvel sobre a superfície posterior do braço, voltado para a região dorsal da mão. Em relação ao cotovelo, tanto para a avaliação da flexão como da extensão, a posição do braço fixo do goniómetro colocou-se ao longo da superfície lateral do úmero, orientado para o acrómio, o braço móvel ficou sobre a face lateral do rádio, apontando para o processo estilóide deste.

- **Força de Preensão**

Em relação à **força de preensão** existem dois tipos, uma referente à **força de preensão palmar** e outra à de precisão de preensão, que corresponde à **força de preensão digital**.

A força de preensão palmar acontece quando há flexão dos dedos sobre a região palmar e a força de preensão digital verifica-se quando se aproximam o dedo polegar e indicador (Dias, Ovando, Kulkamp, & Junior, 2010).

A força de preensão manual é cada vez mais utilizada como indicador de força global e de funcionalidade (Curb et al., 2006).

Para efetuar esta avaliação recorreu-se à dinamometria de sistema hidráulico-dinamómetro universal Jamar, este é um dos instrumentos mais simples e de maior precisão para medição da força máxima voluntária da mão, registando o valor máximo de força isométrica voluntária em quilogramas/força até 90 Kgf (Amaral, Mendes & Azevedo, 2013).

Para a utilização do Jamar seguiram-se os critérios definidos pela American Society of Hands Therapists (ASHT), a posição adotada pelas participantes foi sentada confortavelmente com o ombro aduzido e sem rotação, com o antebraço fletido a 90° e em posição neutra (Shyam, Parmar, Ahmed, Kar, & Harper, 2008).

A força de preensão digital pode ser avaliada de três formas: pinça polpa – a – polpa, pinça tridigital ou pinça lateral (Abbdalla & Brandão, 2005). Neste estudo escolhemos a pinça lateral por ser considerada mais precisa, delicada e ser o tipo de preensão onde normalmente se exerce mais força, podendo ser indicador da função da mão, renunciando o grau de disfunção da extremidade superior acometida (Lelis, 2014).

O procedimento para avaliação da força de preensão digital foi realizado com as participantes sentadas, o braço colocado paralelo ao corpo, ombro aduzido e em rotação neutra, cotovelo fletido a 90° e antebraço em posição neutra.

Quer para a avaliação da força de preensão palmar quer para a avaliação da força de preensão digital, realizaram-se duas avaliações para a mão direita e duas para a mão esquerda, sendo escolhido o maior valor medido.

Em ambas os momentos foi dado um incentivo positivo às participantes, no sentido de se esforçarem ao máximo no momento da avaliação.

- **Perimetria**

A **Perimetria** é um dado importante para a confirmação de linfedema, uma das principais complicações decorrentes da intervenção cirúrgica por cancro de mama, principalmente quando exige esvaziamento ganglionar.

A perimetria é um método simples, amplamente utilizado para avaliar a presença de linfedema nos membros. A análise faz-se por meio de fita métrica, medindo-se a circunferência em locais pré-definidos, considerando-se linfedema quando a diferença das medidas entre os membros é de pelo menos 2cm (Bergmann , 2006; Velloso, Barra & Dias, 2011; Haddad, 2013).

Definiu-se para esta avaliação a medição da circunferência do braço por meio de fita métrica, 5cm acima do olecraneo em ambos os lados. Durante este procedimento, as participantes estavam em posição ortostática, braços estendidos ao longo do corpo e palmas da mão voltadas para a coxa.

Parte III procedeu se à avaliação da funcionalidade do membro superior fazendo uso do questionário Disabilities of Arm, Shoulder and Hand (DASH).

De modo a avaliar a funcionalidade do membro Superior optou-se pelo recurso ao questionário DASH, validado para a população portuguesa por Santos e Gonçalves (2005). Este instrumento permite medir o impacto de uma condição de saúde na funcionalidade do membro superior, entendendo-se por condição de saúde, qualquer doença, perturbação ou lesão com interferência da funcionalidade do ombro, braço e mão. Apresenta em termos de propriedades psicométricas um valor Alpha de Cronbach de 0,95.

O DASH consta de 30 questões auto - aplicáveis e dois módulos opcionais, sendo um para atividades desportivas e musicais e outro para atividades de trabalho. Os itens informam sobre o grau de dificuldade no desempenho de atividades; a intensidade dos sintomas de dor, fraqueza, rigidez e parestesias; o comprometimento das atividades sociais; a dificuldade para dormir e o comprometimento psicológico, tendo como referencia a semana anterior à aplicação do questionário. Utiliza uma escala de Likert que varia de 1 a 5 pontos em cada item sendo que quanto mais elevada a pontuação maior a expressividade de incapacidade, a pontuação é deste modo apresentada numa escala de orientação negativa de 0 máxima funcionalidade a 100 máxima incapacidade (RIMAS, 2016)

No mínimo 27 dos 30 itens têm que ser preenchidos para se obter uma pontuação. Os valores assinalados em todas as respostas são simplesmente somados e feita uma média dando um valor em cinco.

Este valor é transformado numa pontuação em 100 ao subtrair-se por um e multiplicando por 25. A pontuação DASH determina-se então pela seguinte fórmula:

Pontuação Incapacidade/Sintoma DASH = $\left(\frac{\text{soma de } n \text{ respostas}}{N} - 1 \right) \times 25$, *n* é igual ao número de respostas válidas (Santos & Gonçalves, 2005).

No presente estudo o módulo opcional referente às atividades desportivas e musicais, não foram preenchidas por nenhuma participante.

Parte IV, determinação das estratégias de coping através da aplicação do questionário Brief- Cope.

As estratégias de coping foram avaliadas através do Brief COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; versão traduzida por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), instrumento que inclui 28 itens e divide-se em 14 dimensões, cada uma com dois itens: Coping ativo (e.g. “Tomei medidas para tentar melhorar a minha situação”); Planear (e.g. “Pensei muito sobre a melhor forma de lidar com a situação”); Utilizar suporte instrumental (e.g. “Pedi conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo”); Utilizar suporte social emocional (e.g. “Procurei apoio emocional de alguém (família, amigos) ”);

Religião (e.g. “Rezei ou meditei”); Reinterpretação positiva (e.g. “procurei algo positivo em tudo o que estava a acontecer”); Autoculpabilização (e.g. “Fiz críticas a mim próprio”); Aceitação (e.g. “Tentei aprender a viver com a situação”); Expressão de sentimentos (e.g. “Fiquei aborrecido e expressei os meus sentimentos”); Negação (e.g. “Recusei-me a acreditar que isto estivesse a acontecer comigo”); Autodistração (e.g. “Refugiei-me noutras atividades para me abstrair da situação”); Desinvestimento comportamental (e.g. “Simplesmente desisti de tentar lidar com a situação”); Uso de substâncias (e.g. “Refugiei-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor”) e Humor (e.g. “Enfrentei a situação levando-a para a brincadeira”). Os itens são pontuados numa escala de quatro pontos, variando de 0 (“não fiz isto”) a 3 (“fiz isto”) uma vez que o nosso interesse se foca no coping estado e não no coping traço. Entende-se por coping estado as respostas ativadas em função das exigências contextuais, e, dependendo do acontecimento stressante específico, as estratégias selecionadas podem variar, sendo um processo em constante mudança, o que remete para um coping situacional, ou seja, as respostas não são rígidas. O coping traço supõe que o indivíduo possui um conjunto de respostas relativamente fixas ao longo do tempo e circunstâncias, como se fosse uma característica de personalidade do indivíduo (Pais Ribeiro, 2007).

Para uniformizar critérios, atendendo que as mulheres em estudo se encontravam em fases distintas pós cirurgia por cancro da mama, foi-lhes solicitado que para o preenchimento do questionário se reportassem à fase que elas consideraram mais difícil da doença e respondessem de acordo com a forma como lidaram com essa situação.

Parte V, avaliação da qualidade de vida através do questionário WHOQOL- BREF.

Para avaliação da qualidade de vida utilizou-se a Versão Breve do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL – BREF (Canavarro et al., 2006). Questionário de auto-resposta que permite avaliar a perceção subjetiva de QdV. É constituído por 26 questões organizadas numa Faceta Geral (avalia a perceção global de qualidade de vida e de saúde) e em 24 facetas específicas (avaliam aspetos como dor e desconforto, satisfação com as relações sociais, apoio social, entre outros). As 24 facetas distribuem-se por 4 domínios distintos de qualidade de vida:

- **Domínio físico** (7 itens): 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida diária 11. Dependência de medicação ou tratamentos 12. Capacidade de trabalho;
- **Domínio psicológico** (6 itens): 4. Sentimentos positivos 5. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração 6. Auto-estima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais;
- **Domínio social** (3 itens): 13. Relações pessoais 14. Apoio social 15. Atividade sexual;
- **Domínio ambiental** (8 itens): 16. Segurança física 17. Ambiente no lar 18. Recursos económicos 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidade para adquirir novas informações e competências 21. Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer 22. Ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) 23. Transporte.

Para determinar o score em cada domínio é necessário somar os valores dos itens que o compõem e dividir pelo número de itens. As respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5 pontos de intervalo), desenhadas e testadas para medir a intensidade, a capacidade, a frequência e a avaliação, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Os itens questionam como os inquiridos sentem as situações descritas nas duas últimas semanas (Canavarro et al., 2006).

Os estudos de fiabilidade do instrumento foram realizados através da análise da consistência interna do WHOQOL-Bref. Foram calculados coeficientes de fidelidade para o conjunto dos quatro domínios, 26 perguntas do WHOQOL-Bref e para os vários domínios individualmente.

1.6. Procedimentos Éticos e Deontológicos

A presente investigação respeita integralmente os princípios éticos, valores e normas do código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003), em concordância com os princípios éticos aceites pela comunidade de investigação e pela Declaração de Helsínquia, tais como: consentimento informado dos participantes, confidencialidade,

respeito, honestidade nas relações estabelecidas e garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

Para a realização do estudo foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste (Anexo II).

As participantes foram informadas sobre os objetivos da investigação, esclarecerem-se todas as dúvidas relativas à natureza do estudo e obteve-se o consentimento dos participantes. Em todos os casos a colaboração foi absolutamente voluntária, gratuita, anónima e confidencial. Todas as inquiridas foram também esclarecidas da possibilidade de desistirem da sua participação a qualquer momento do estudo, podendo se assim o quiserem, ter acesso aos dados da investigação.

A revisão bibliográfica efetuada respeitou os direitos de autor, tendo sido também obtida a autorização para a utilização dos questionários Brief- COPE, DASH e WHOQOL BREF (Anexo III).

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta secção apresenta-se a caracterização da amostra relativamente às variáveis clínicas, à avaliação feita do membro superior em relação aos valores obtidos através da goniometria, força muscular- força de preensão palmar e digital e perimetria, à avaliação da funcionalidade do membro superior, estratégias de coping usadas e qualidade de vida assim como os resultados obtidos por inferência estatística considerados relevantes para o presente estudo.

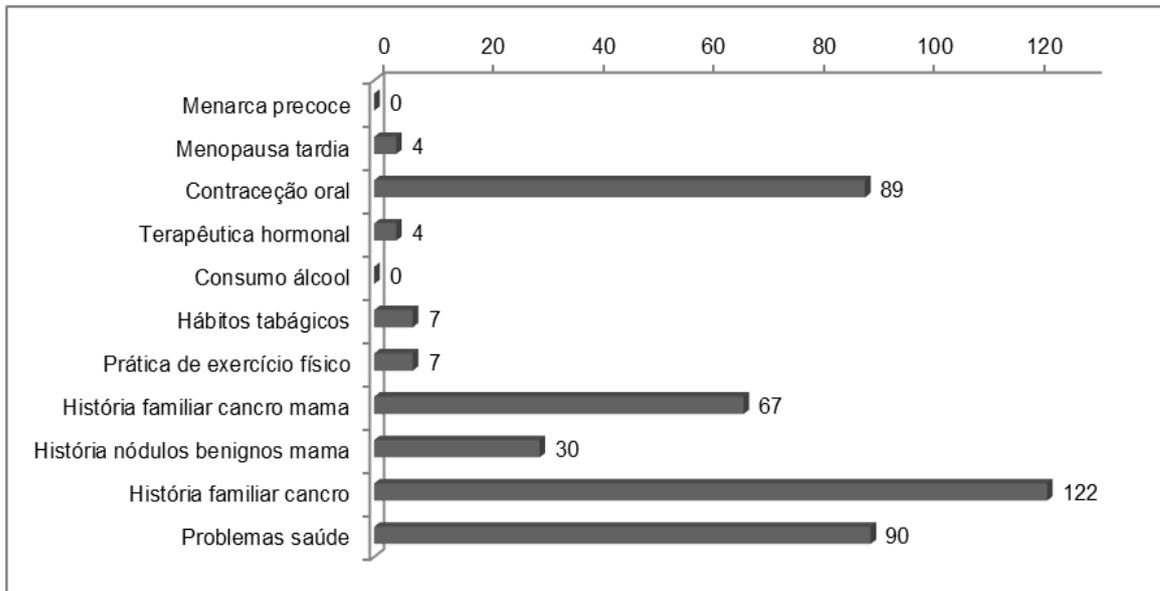
2.1. Variáveis Clínicas

- **Fatores de Risco Pessoais**

A literatura aponta como papel protetor para o cancro da mama a maternidade antes dos 30 anos e a amamentação (Liga Portuguesa Contra o Cancro,2016). No nosso estudo verificamos que maioria das mulheres, 91,3% (137) tinha filhos, 65% (89) delas amamentaram, sendo que apenas 29,2% (40) tiveram o primeiro filho depois dos 30 anos.

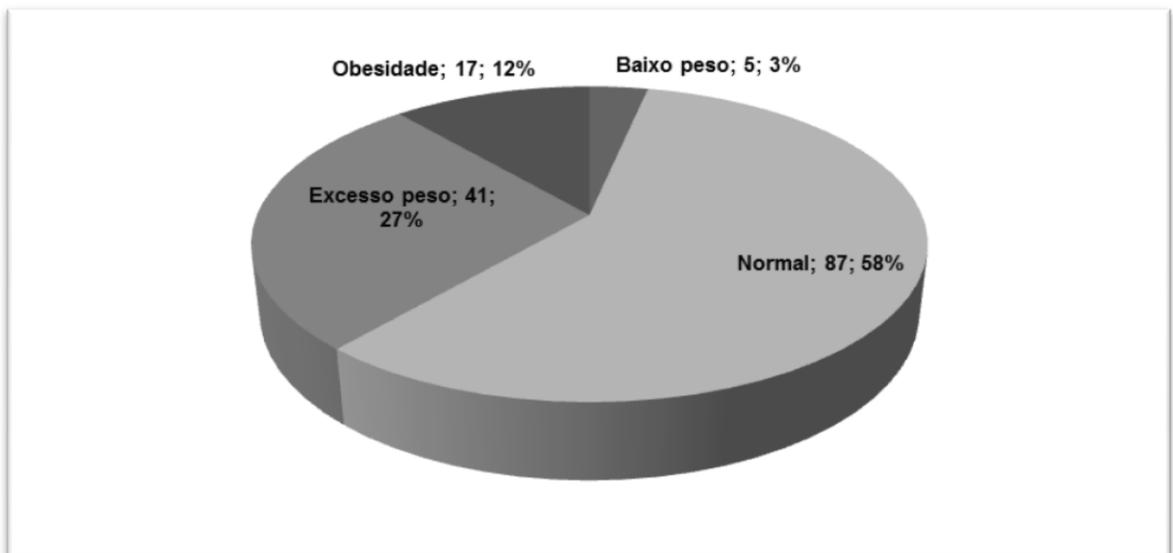
Por observação do gráfico da figura 1 verifica-se que os fatores de risco mais frequentes na amostra foram: história familiar de cancro, uso de contraceção oral e história familiar de cancro da mama, dados que confirmam os estudos já publicados sobre a temática.

Figura 1 - Caraterização dos Fatores de Risco



Relativamente ao IMC (Figura 2) conclui-se que 58% (87) das mulheres apresentavam resultado normal e 27% (41) excesso de peso. O IMC acima do normal é referido como um fator de risco tanto para o surgimento da doença como para a realização da cirurgia e consequente recuperação no pós-operatório (Thuler,2003).

Figura 2 - Caraterização do IMC



- **Cirurgia**

Em relação à caracterização do procedimento cirúrgico e sua repercussão na funcionalidade do membro superior, por análise da tabela 3, constatou-se que 48,7% (n=73) das mulheres realizaram mastectomia radical, 28% (n=42) realizaram quadrantectomia com esvaziamento axilar e 20,7% (n=31) tumorectomia, posteriormente 20,7% (n=31) decidiram fazer reconstrução mamária.

Salienta-se o fato do lado dominante de todas as mulheres ser o direito e a intervenção cirúrgica acabou por incidir sobre a mama direita em 65,3% (n=98) das mulheres.

Quanto ao ano de cirurgia 40,7% (61) das mulheres foram submetidas a intervenção entre 2011 a 2015 e 39,3% (n=59) entre 2006 a 2010.

Questionadas sobre a existência de algum problema no membro superior anterior à cirurgia, nenhuma das mulheres referiu qualquer alteração.

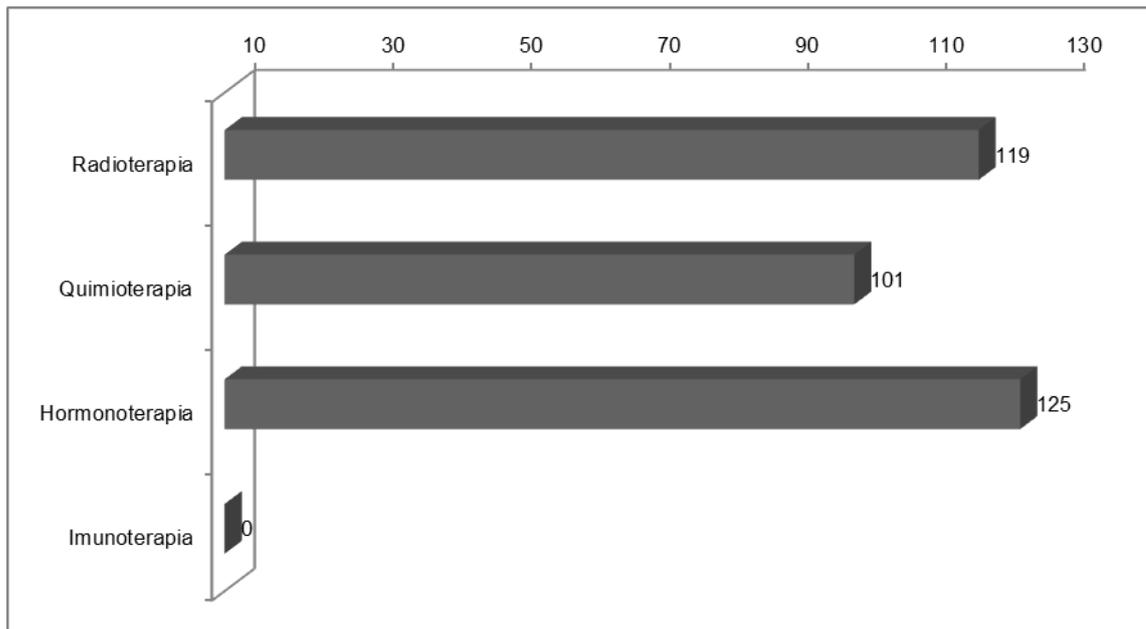
Após a cirurgia 50,7% (n=76) das mulheres realizaram reabilitação e todas afirmaram que esta foi uma mais-valia para a sua recuperação.

Tabela 3 - Caracterização da Amostra Segundo as Variáveis Clínicas

Variáveis		Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Ano	1995-2000	6	4,0%
	2001-2005	24	16,0%
	2006-2010	59	39,3%
	2011-2015	61	40,7%
	Total	150	100%
Intervenção cirúrgica	Mama direita	98	65,3%
	Mama esquerda	52	34,7%
	Total	150	100%
Tipo cirurgia	Tumorectomia	31	20,7%
	Quadranctomia com esvaziamento axilar	42	28,0%
	Mastectomia simples	4	2,7%
	Mastectomia radical	73	48,7%
	Total	150	100%
Lado dominante	Direito	150	100%
	Esquerdo	0	0%
	Total	150	100%
Reconstrução mamária	Não	119	79,3%
	Sim	31	20,7%
	Total	150	100%
Tinha problemas antes cirurgia no membro superior?	Não	150	100%
	Sim	0	0%
	Total	150	100%
Reabilitação	Não	74	49,3%
	Sim	76	50,7%
	Total	150	100%
A reabilitação foi uma mais-valia para a recuperação?	Não tinha que responder	74	49,3%
	Sim	76	50,7%
	Total	150	100%

Concomitantemente com a cirurgia existem outros procedimentos terapêuticos adjuvantes ao tratamento do cancro da mama, na amostra os mais prescritos foram: hormonoterapia, radioterapia e quimioterapia.

Figura 3 - Caracterização dos Tratamentos Realizados



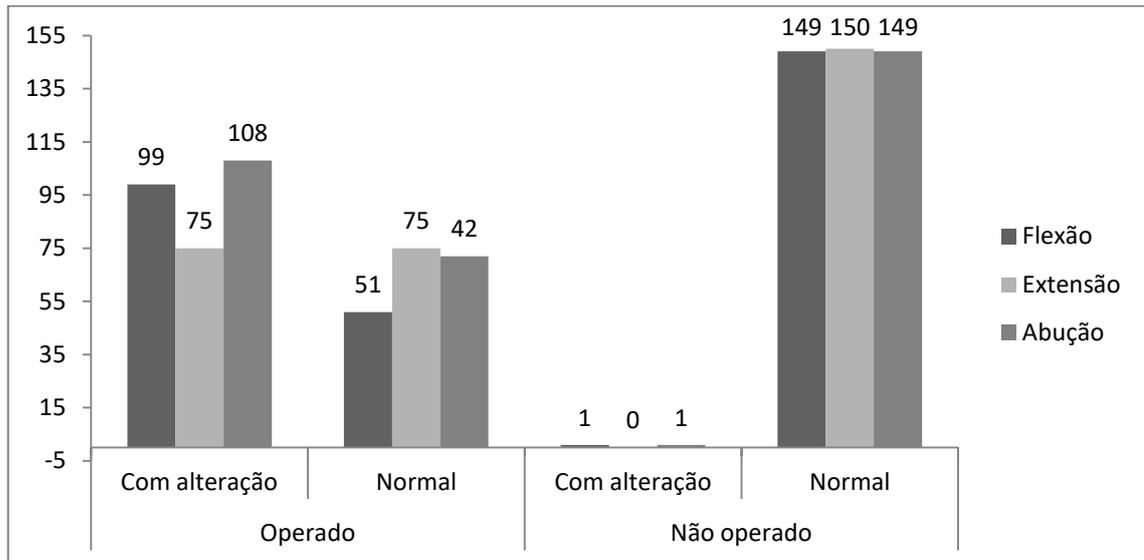
Cada mulher realizou em média 2,5 tratamentos diferentes a partir do mínimo de 0 tratamentos e máximo de 4 tratamentos distintos.

2.2. Avaliação do Membro Superior

- **Goniometria- Ombro**

A avaliação do membro superior através de goniometria revelou, por análise do gráfico da figura 4 que a mobilidade do ombro do lado contrário à cirurgia é normal com exceção de uma mulher que tinha limitação na flexão e abdução. Quanto ao ombro do lado homolateral à cirurgia verificou-se que a maioria das mulheres apresentou alteração na amplitude do movimento de flexão e abdução e metade delas (n=75) não conseguia executar o movimento de extensão na totalidade.

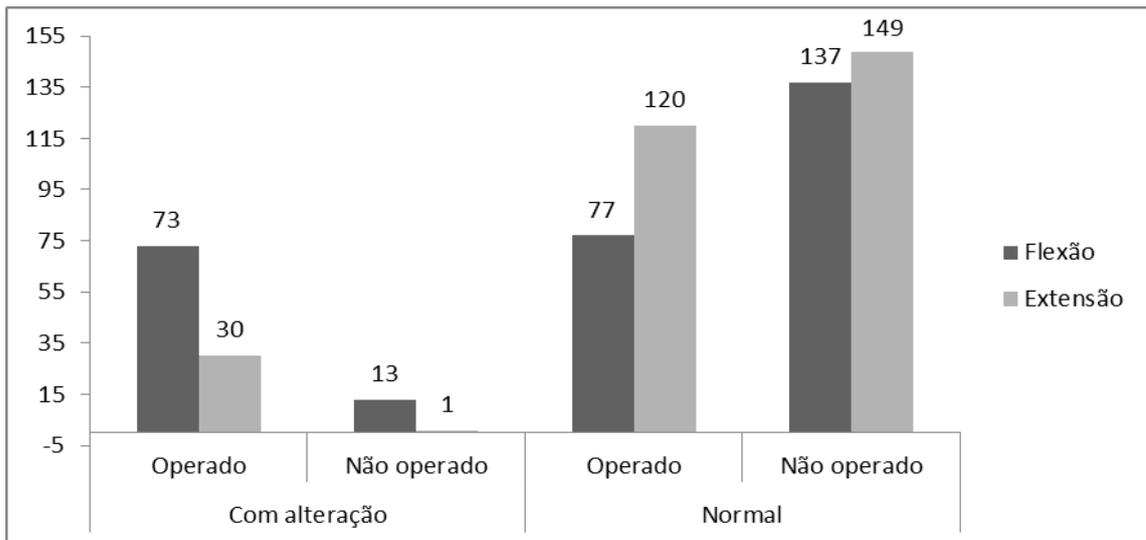
Figura 4 - Caraterização da Mobilidade do Ombro



- **Goniometria-Cotovelo**

Em relação ao cotovelo, analisando a amplitude do movimento na flexão e na extensão, constatou-se por análise do gráfico da figura 5 que a mobilidade do cotovelo do lado contrário à cirurgia é normal com exceção de treze mulheres que apresentavam limitação na flexão e uma que tinha limitação na extensão. Quanto ao cotovelo do lado homolateral à cirurgia verificou-se que cerca de metade das mulheres apresentou alteração na flexão e extensão do cotovelo.

Figura 5 - Caraterização da Mobilidade do Cotovelo



- **Força Muscular**

Recorrendo ao dinamómetro universal de Jamar e dinamómetro digital Pinch Gauge, avaliou-se respetivamente a força de preensão palmar e a força de preensão digital, verificando-se que a força do membro superior contrário à cirurgia era, em média, mais elevada (força de preensão palmar 19,89; força de preensão digital 5,25) do que a força do membro superior homolateral (força de preensão palmar 14,49; força de preensão digital 4,21). As diferenças observadas são a um nível de significância de 0,1%, existindo assim relação entre a força muscular e a cirurgia, ou seja, o membro superior contrário à cirurgia apresentava nível médio de força significativamente mais elevado (tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização por Comparação da Força Muscular entre Membro Superior Homolateral à Cirurgia e o Lado Contrário à Cirurgia

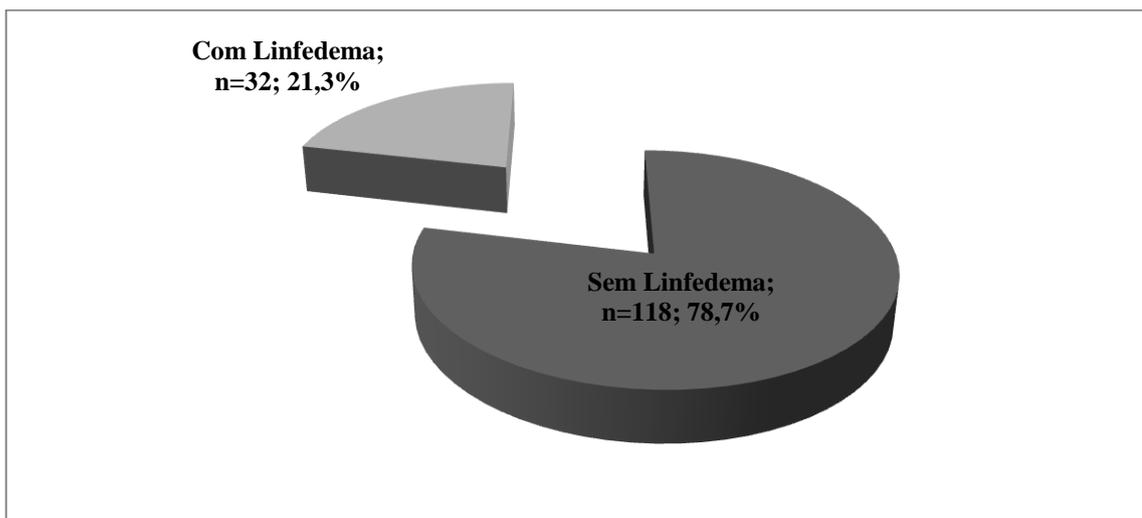
Força Muscular	Média(Kgf)	Desvio padrão	Estatística teste	Valor de prova
Força de Preensão Palmar-Membro Superior Homolateral à Cirurgia	14,49	5,73	-15,178	<0,1%
Força de Preensão Palmar-Membro Superior Contrário à Cirurgia	19,89	4,70		
Força de Preensão Digital-Membro Superior Homolateral à Cirurgia	4,21	1,03	-9,684	<0,1%
Força de Preensão Digital-Membro Superior Contrário à Cirurgia	5,25	1,37		

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$; unidade de medida usada quilograma força (Kgf); utilização teste t para amostras emparelhadas

- **Perimetria**

Em relação à avaliação por perimetria (figura 6) observou-se que 21,3% (n=32) das mulheres tinham uma diferença de pelo menos 2 cm na medição da circunferência do braço comparando um membro com o outro, ou seja, evidenciavam a presença de linfedema.

Figura 6 - Caracterização dos Casos Linfedema



2.3. Avaliação da Funcionalidade do Membro Superior segundo Questionário DASH

Relativamente ao instrumento DASH (tabela 5) os itens podem variar entre 1, ou seja, sem dificuldade a 5 incapaz de realizar a tarefa, neste estudo, em média, maiores níveis de dificuldade por parte das mulheres inquiridas foram: “abrir um frasco com tampa bem fechada” (3,05); “abrir e empurrar uma porta fechada” (3,01); “realizar tarefas domésticas pesadas” (3,11); “fazer jardinagem ou trabalhar no quintal” (3,06); “carregar um saco de compras ou uma pasta” (3,09); “carregar objeto pesado” (3,18) e “trocar uma lâmpada acima da cabeça” (3,01). Em termos de relacionamento sexual (1,77) ou atividades sociais (1,75) não foram reportadas dificuldades significativas. Porém quando confrontadas com a questão se sentiam que eram menos capazes, confiantes e úteis devido ao problema do membro superior, partindo de 1 que seria “Discordo Totalmente” a 5 “Concordo Totalmente”, constatou-se que uma parte relevante das inquiridas (54%) concordava com esta afirmação.

Quanto ao DASH Modulo opcional- trabalho (tabela 6), as mulheres apresentaram nos itens avaliados níveis médios de dificuldade inferiores a 2,5 pontos.

Tabela 5 - Caracterização da Funcionalidade da Amostra em Função dos itens do Questionário DASH

Item	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita Dificuldade	Incapaz	Média	Desvio padrão
Abrir um frasco novo com tampa bem fechada	26,0%	3,3%	16,7%	47,3%	6,7%	3,05	1,35
Escrever	41,3%	4,7%	28,7%	25,3%	0,0%	2,38	1,26
Rodar uma chave na fechadura.	26,0%	13,3%	18,7%	42,0%	0,0%	2,77	1,24
Preparar uma refeição.	26,0%	14,7%	22,7%	36,7%	0,0%	2,70	1,21
Abrir e empurrar uma porta fechada.	26,0%	3,3%	14,0%	56,7%	0,0%	3,01	1,28
Colocar um objeto numa prateleira acima da cabeça	26,0%	6,0%	18,7%	49,3%	0,0%	2,91	1,26
Realizar tarefas domésticas pesadas.	22,7%	6,0%	8,7%	62,7%	0,0%	3,11	1,26
Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	22,7%	6,0%	14,7%	56,0%	0,7%	3,06	1,25
Fazer a cama.	26,0%	6,7%	19,3%	48,0%	0,0%	2,89	1,26
Carregar um saco de compras ou uma pasta.	26,0%	3,3%	14,7%	48,0%	8,0%	3,09	1,37
Carregar objeto pesado.	26,0%	3,3%	13,3%	41,3%	16,0%	3,18	1,45
Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	26,0%	6,0%	18,0%	41,3%	8,7%	3,01	1,37
Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	24,7%	6,0%	30,0%	39,3%	0,0%	2,84	1,19
Lavar as costas.	30,7%	6,0%	28,0%	33,3%	2,0%	2,70	1,27
Vestir uma camisola.	26,0%	8,7%	27,3%	38,0%	0,0%	2,77	1,21
Usar uma faca para cortar alimentos.	26,0%	9,3%	24,0%	40,7%	0,0%	2,79	1,23
Atividades de lazer que requerem pouco esforço.	26,0%	4,0%	19,3%	50,7%	0,0%	2,95	1,26
Atividades de lazer que exijam alguma força.	26,0%	4,0%	16,7%	53,3%	0,0%	2,97	1,27
Atividades de lazer nas quais movimenta o braço livremente	26,0%	4,0%	18,7%	51,3%	0,0%	2,95	1,27
Utilizar meios de transporte para se deslocar	28,7%	13,3%	8,0%	50,0%	0,0%	2,79	1,32
Atividades sexuais	46,7%	29,3%	24,0%	0,0%	0,0%	1,77	0,81

	Não Afetou Nada	Afetou Pouco	Afetou	Afetou Muito	Incapacitou	Média	Desvio Padrão
Na última semana, como o problema braço/ombro/mão afetou nas atividades sociais	36,7%	51,3%	12,0%	0,0%	0,0%	1,75	0,65
	Não Limitou Nada	Limitou Pouco	Limitou	Limitou Muito	Incapacitou	Média	Desvio Padrão
Na última semana, como o problema braço/ombro/mão limitou no trabalho	22,7%	23,3%	15,3%	38,7%	0,0%	2,70	1,20
	Nenhuma	Pouca	Alguma	Muita	Extrema	Média	Desvio Padrão
Dor no braço, ombro ou mão.	30,7%	22,7%	19,3%	27,3%	0,0%	2,43	1,19
Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma atividade específica.	37,3%	8,7%	12,0%	42,0%	0,0%	2,59	1,36
Dormência no braço, ombro ou mão.	40,7%	19,3%	8,7%	31,3%	0,0%	2,31	1,29
Fraqueza no braço, ombro ou mão.	43,3%	15,3%	22,7%	18,7%	0,0%	2,17	1,18
Rigidez no braço, ombro ou mão.	59,3%	24,0%	13,3%	3,3%	0,0%	1,61	0,84
	Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Tanta Dificuldade que não consegui	Média	Desvio Padrão
Na última semana teve dificuldade em dormir por causa da dor do braço/ombro/mão	53,3%	7,3%	29,3%	10,0%	0,0%	1,96	1,11
	Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente	Média	Desvio Padrão
Sinto-me menos capaz, menos confiante, menos útil por causa do braço/ombro/mão.	21,3%	24,7%	0,0%	54,0%	0,0%	2,87	1,28

Tabela 6 - Caracterização dos itens do Questionário DASH- Módulo relativo ao Trabalho

Relativamente ao trabalho teve dificuldade em:	Nenhuma Dificuldade	Pouca Dificuldade	Alguma Dificuldade	Muita Dificuldade	Incapaz	Média	Desvio Padrão
Fazer os movimentos que normalmente utiliza	8,0%	18,0%	13,3%	6,7%	0,0%	2,41	0,94
Fazer o seu trabalho habitual devido a dores	8,0%	18,7%	16,7%	6,7%	0,0%	2,42	0,95
Fazer o seu trabalho tão bem como gostaria	8,0%	18,7%	16,0%	6,7%	0,0%	2,43	0,92
Fazer o seu trabalho no tempo habitual	8,0%	17,3%	16,0%	6,7%	0,0%	2,44	0,93

Efetuada uma avaliação de todos os itens do instrumento DASH, ou seja, inferindo sobre o DASH global, que poderá variar entre 0- máxima capacidade a 100- máxima incapacidade, tendo como valor médio teórico de 50 pontos, que será o limite superior do aceitável em termos de capacidade funcional, verifica-se que as mulheres em estudo apresentam um valor DASH médio de 41,74 pontos com desvio padrão de 26,33 pontos a partir do mínimo de 0 e máximo de 73,33 pontos. Relativamente ao DASH trabalho o valor médio foi de 35,51 pontos e desvio padrão de 24 pontos. A tabela 7 remete-nos para essa evidência, quanto aos resultados de consistência interna do questionário neste estudo verificamos que os valores de Alpha de Cronbach são respetivamente 0,988 e 0,984.

Tabela 7 - Média, Desvio Padrão e Valores de Alpha de Cronbach do Questionário DASH

DASH	N	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
DASH global	150	0,988	0,00	73,33	41,74	26,33
DASH trabalho (opcional)	66	0,984	0,00	75,00	35,51	24,00

Valor do Alpha de Cronbach DASH versão Portuguesa 0,95

2.4. Determinação das Estratégias de Coping- Questionário Brief- COPE

Relativamente à escala Brief-COPE, apresenta-se na tabela 8 o valor médio e o desvio padrão das respostas a cada item. Como foi referido, as opções de resposta a cada item variam entre 0 e 3, sendo o valor médio teórico de 1,5 pontos. Nesta amostra destacam-se valores mais elevados nas dimensões coping ativo (1,85); suporte social emocional (1,89); negação (1,87); desinvestimento comportamental (1,75) e o uso de substâncias (1,90).

Tabela 8 - Média e Desvio Padrão para as Dimensões da Escala Brief- COPE

Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Coping Ativo	1	3	1,85	0,34
Planejar	0	1	0,08	0,21
Suporte Instrumental	0	2	0,94	0,42
Suporte Social Emocional	1	2,5	1,89	0,32
Religião	0	2	0,60	0,58
Reinterpretação Positiva	0,5	2	1,32	0,54
Auto Culpabilização	0	1	0,35	0,27
Aceitação	0	2	0,33	0,49
Expressão Sentimentos	0,5	2	1,22	0,42
Negação	1	2,5	1,87	0,27
Auto Distração	0	2,5	1,11	0,47
Desinvestimento Comportamental	1	2,5	1,75	0,43
Uso Substâncias	1	2,5	1,90	0,31
Humor	0	2	0,46	0,53

A literatura remete-nos frequentemente para três grandes categorias de estratégias de coping: as estratégias focadas no problema, as estratégias focadas nas emoções e as estratégias de evitamento. São uma forma de agrupar a diversidade de estratégias utilizadas, atendendo que algumas remetem para uma atitude mais ativa que visa o envolvimento em tarefas para resolver o problema, outras estão associadas a respostas emocionais ou ainda de evitamento com a situação geradora de stress. Podemos observar na Tabela 9, que as médias mais altas englobam sobretudo estratégias de evitamento logo seguidas de estratégias focadas na expressão de emoções.

Observa-se ainda que a consistência interna das escalas é satisfatória e segue padrões idênticos à versão original de Carver (1997) cujos valores de alfa se situavam entre 0,55 e 0,84 para as diferentes dimensões e da versão portuguesa de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), valores de alfa entre 0,57 e 0,90; tomando em consideração que cada dimensão conta apenas com dois itens por escala. De acordo com Field (2009) quando se trata de construtos psicológicos, os valores abaixo de 0,70 podem ser esperados, por causa da diversidade dos construtos que estão a ser medidos. Estudos anteriores têm demonstrado que as estimativas de consistência interna têm aplicabilidade limitada ao avaliar as propriedades psicométricas das medidas de coping (Billings & Moos, 1981). Por exemplo, uma estratégia de coping pode ser apropriada para aliviar o stress e, como tal, não exigiria respostas adicionais da mesma categoria ou de outras categorias de coping.

Tabela 9 - Média, Desvio Padrão e valores de Alpha de Cronbach para as 3 Categorias das Estratégias de Coping

Coping	Dimensões	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
Focado no Problema	Coping Ativo; Planear; Reinterpretação Positiva; Aceitação e Humor	0,58	2	0,858	0,252	0,697
Focado nas Emoções	Suporte Instrumental; Suporte Social Emocional, Autoculpabilização e Expressão de Sentimentos	0,67	2	1,350	0,284	0,557
Evitamento	Religião; Negação; Desinvestimento Comportamental, Auto Distração e Uso Substâncias	0,80	2	1,446	0,269	0,625

2.5. Avaliação da Qualidade e Vida – Questionário WHOQOL- BREF

Para a avaliação da Qualidade de Vida foram determinados os fatores da escala do questionário WHOQOL-BREF segundo descrito na secção 1.5. Deste modo o resultado de cada dimensão resulta da pontuação média obtida nos itens que definem o fator, ressalva-se que o resultado de qualquer fator da escala varia entre 1 e 5, sendo o valor médio de 2,5 pontos.

Verificou-se pela observação da tabela 10 que as inquiridas consideraram que, em média, a sua qualidade de vida não é boa nem má, ou seja, partiram de uma resposta que varia de um mínimo (2) -“Má” até ao máximo- (4) “Boa”. Em relação à questão “ Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?”, manifestaram alguma insatisfação (média de 2,58), na medida em que as resposta variegaram desde um mínimo de (1)- “Muito Insatisfeito” a um máximo de (4)- “Satisfeito”.

Relativamente aos domínios da escala, observa-se que no físico e no psicológico os valores médios obtidos foram de 3,07 e 3,29, respetivamente o que revela que as mulheres inquiridas consideraram como satisfatória a sua qualidade de vida nesses domínios. Porém, os melhores resultados, em termos médios, observaram-se nos domínios relações sociais (3,55) e no meio ambiente (3,66), nos quais a qualidade

média é tida pelas mulheres como mais elevada e por conseguinte a sua dispersão é menor.

Tabela 10 - Média, Desvio Padrão e Valores de Alpha de Cronbach para as Dimensões do Questionário WHOQOL-BREF

Fatores	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
Como avalia a sua qualidade de vida	2,00	4,00	3,00	0,89	
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde	1,00	4,00	2,58	0,88	
Domínio Físico	2,00	4,29	3,07	0,71	0,906
Domínio Psicológico	2,17	4,17	3,29	0,66	0,933
Relações Sociais	2,33	4,00	3,55	0,59	0,88
Meio Ambiente	2,88	4,00	3,66	0,28	0,76

2.6. Inferência Estatística

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos para a funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia em função: das características sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações, literárias, situação profissional, alteração da situação profissional, coabitação e local da residência); das características clínicas (IMC, ano da cirurgia, intervenção, tipo de cirurgia, reconstrução mamária e realização de reabilitação); dos resultados da aplicação do questionário DASH; das estratégias de coping (coping ativo, planear, suporte instrumental, suporte social emocional, religião, reintegração positiva, auto culpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, auto distração, desinvestimento comportamental, uso de substâncias e humor) e da qualidade de vida (domínio físico, domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente).

2.6.1. Relação entre Funcionalidade do Membro Superior, Variáveis Sociodemográficas e Variáveis Clínicas

Por análise da tabela 11 verifica-se que os resultados obtidos através do questionário DASH apresentaram diferenças significativas entre mulheres de idades diferentes. Nomeadamente verificou-se que valores do DASH global iguais ou superiores a 50 pontos, ou seja, piores resultados, condizentes com limitação na funcionalidade, se destacavam nas mulheres mais novas.

Segundo esta orientação, verificou-se que os resultados do questionário DASH apresentaram associação estatisticamente significativa com as habilitações literárias, situação profissional, alteração da situação profissional, coabitação e local da residência. Destacando-se os piores resultados ao nível das dimensões do DASH para as mulheres empregadas, as que tiveram que alterar a situação profissional, as que vivem sozinhas.

No que concerne às variáveis clínicas concluiu-se que os resultados estavam estatisticamente associados ao IMC, ano da cirurgia, intervenção cirúrgica, tipo de cirurgia, reconstrução da mama e reabilitação. Foi assim possível concluir, que os resultados iguais ou superiores a 50 pontos (maior incapacidade), ocorreram com maior incidência em mulheres com IMC elevado, operadas mais recentemente, operadas à mama direita, sujeitas a mastectomia radical, submetidas a reconstrução mamária e que necessitaram de reabilitação.

Tabela 11 - Questionário DASH versus Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Variáveis	Teste	Valor de Prova	Observação	
Variáveis Sociodemográficas	Idade	Anova	0,000**	Mulheres mais novas apresentam piores resultados de funcionalidade
	Estado civil	Qui-quadrado	0,172	Não significativo
	Habilitações	Exato Fisher	0,000***	Maior incapacidade em mulheres com ensino básico
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,001**	Maior incapacidade em mulheres que se encontram empregadas
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,000***	Maior incapacidade em mulheres que alteraram a sua situação profissional
	Coabitação	Exato Fisher	0,017*	Maior incapacidade em quem vive sozinha
	Local onde vive	Qui-quadrado	0,008**	Melhores resultados de funcionalidade em quem vive no meio rural
Variáveis Clínicas	IMC	Exato Fisher	0,000***	Maior incapacidade em mulheres com excesso de peso
	Ano Operação	Exato Fisher	0,000***	Maior incapacidade em mulheres operadas entre 2011-2015
	Mama Intervencionada	Qui-quadrado	0,000***	Maior incapacidade nas mulheres intervencionadas à mama direita
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,000***	Maior incapacidade em mulheres submetidas a mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,000***	Melhores resultados de funcionalidade segundo questionário DASH em mulheres sem reconstrução mamária
	Reabilitação	Qui-quadrado	0,000***	Piores resultados de funcionalidade segundo questionário DASH em mulheres que fizeram reabilitação

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

2.6.2. Relação entre Funcionalidade do Membro Superior, Estratégias de Coping e a Qualidade de Vida

Na tabela 12 apresentam-se os coeficientes de correlação de Spearman entre os fatores do instrumento WHOQOL-BREF e das dimensões do instrumento Brief-COPE com o resultado DASH e DASH trabalho.

Por análise da referida tabela observa-se que as correlações entre os fatores dos questionários WHOQOL-BREF e DASH são todos estatisticamente significativos e no sentido contrário, ou seja, se a qualidade de vida aumenta a incapacidade diminuiu, destacando-se o Domínio Físico e Domínio Psicológico que apresentam as correlações mais elevadas. Assim sendo, conclui-se que quando os valores obtidos nas dimensões

da funcionalidade (questionário DASH) aumentam observa-se uma diminuição da qualidade de vida nas suas diferentes perspectivas.

Relativamente ao módulo opcional- DASH trabalho as correlações são significativas negativamente com o Domínio Físico, o Domínio Psicológico e o Meio Ambiente, apresentando menor intensidade que as anteriores.

Observando-se os resultados do questionário Brief-COPE concluiu-se que as dimensões: Coping Ativo, Planear, Religião, Reinterpretação Positiva, Aceitação, Expressão Sentimentos, Uso Substancias e Humor apresentam correlações significativas com os valores obtidos através do questionário DASH. Evidenciam-se os coeficientes positivos das correlações entre os resultados DASH e o coping Planear, Religião, Expressão Sentimentos e Aceitação, sendo que quando os valores obtidos nas dimensões da funcionalidade do questionário DASH aumentam, os resultados do coping Planear, Religião, Expressão de Sentimentos e Aceitação também aumentam, ou seja, quanto maior a incapacidade na funcionalidade maior o recurso das mulheres a essas estratégias de coping.

Tabela 12 - Correlação de Spearman do instrumento DASH com WHOQOL- Bref e Brief- COPE

Dimensões		DASH	DASH Trabalho
WHOQOL-Bref	W1	-0,631**	-0,183
	W2	-0,603**	-0,192
	Domínio Físico	-0,782**	-0,581**
	Domínio Psicológico	-0,813**	-0,632**
	Relações Sociais	-0,437**	0,038
	Meio Ambiente	-0,165*	-0,391**
Brief- COPE	Coping Ativo	-,219**	-0,119
	Planear	,199*	-0,241
	Suporte Instrumental	0,048	0,474**
	Suporte Social		
	Emocional	-0,058	0,034
	Religião	0,236**	-0,046
	Reinterpretação		
	Positiva	-0,511**	-0,478**
	Autoculpabilização	-0,058	0,134
	Aceitação	0,434**	0,304*
	Expressão Sentimentos	0,250**	0,387**
	Negação	-0,003	-0,024
	Auto Distração	0,058	-0,313*
	Desinvestimento		
	Comportamental	-0,090	0,176
	Uso Substâncias	-0,332**	-0,669**
Humor	-0,528**	-0,373**	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Na tabela 13 encontram-se os coeficientes de correlação de Spearman entre os fatores das escalas utilizadas no estudo, ou seja, os fatores do WHOQOL-BREF, dimensões da funcionalidade medida pelo questionário DASH e as três grandes estratégias de coping: focado no problema, focado nas emoções e do evitamento. Observa-se que as correlações entre a funcionalidade e os domínios do WHOQOL-BREF são negativas e significativas, destacando-se a maior intensidade de correlação com o domínio psicológico (-0,782) e físico (-0,813). Com as estratégias de coping consideradas a funcionalidade medida pelo questionário DASH apresenta coeficientes de correlação fracos, nomeadamente com o evitamento no qual a correlação não apresenta significância estatística. Por outro lado a funcionalidade avaliada no questionário DASH Módulo opcional- trabalho apresenta correlação forte e no sentido direto com a funcionalidade obtida pelo DASH (0,865) e correlações moderadas com os fatores do questionário WHOQOL-BREF no Domínio Psicológico (-0,581) e no Domínio Físico (-0,632). Relativamente ao Domínio Psicológico observa-se correlação forte e no sentido

direto com domínio físico (0,830); moderada e direta com domínio social (0,604) e o coping focado no problema (0,433); fraca e direta com o meio ambiente (0,285) e coping do evitamento (0,334). Destacam-se ainda as correlações moderadas e diretas do domínio físico com domínio social (0,509) e meio ambiente (0,415). O coping do evitamento apresenta correlação forte e direta com o coping focado nos problemas (0,753) e moderada direta com o coping focado nas emoções (0,414). Os restantes coeficientes de correlação são de intensidade fraca ou estatisticamente insignificantes.

Tabela 13 - Correlação de Spearman entre os fatores WHOQOL-BREF, Estratégias de Coping e DASH

	DASH	DASH trabalho	Domínio Psicológico	Domínio Físico	Domínio Social	Meio Ambiente	Coping focado no problema	Coping focado nas emoções	Coping evitamento
DASH	1								
DASH trabalho	0,865**	1							
Domínio Psicológico	-0,782**	-0,581**	1						
Domínio Físico	-0,813**	-0,632**	0,830**	1					
Domínio Social	-0,437**	0,038	0,604**	0,509**	1				
Meio Ambiente	-0,165*	-0,391	0,285**	0,180*	0,415**	1			
Coping focado no problema	-0,264**	-0,273*	0,433**	0,308**	0,191*	0,113	1		
Coping focado nas emoções	0,183*	0,425**	-0,083	-0,113	0,183*	-0,208*	0,216**	1	
Coping evitamento	-0,002	-0,214	0,334**	0,174*	0,180*	0,194*	0,753**	0,414**	1

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

2.6.3. Relação entre Goniometria, Estratégias de Coping e a Qualidade de Vida

Foi estudado o ombro (flexão, extensão e abdução), o cotovelo (flexão e extensão), e a perimetria. Para cada uma das situações comparam-se os valores médios obtidos para as variáveis escalares (idade, dimensões da qualidade de vida e estratégias de coping) nas possibilidades alteração do movimento e movimento normal através do teste paramétrico t-student. Ainda para cada uma das opções realizou se cruzamento com as variáveis nominais (características sociodemográficas, clinicas e caraterização DASH) e efectuou-se, sempre que possível, o teste de independência do qui-quadrado, na

impossibilidade deste recorreu-se ao teste exato de Fisher. Tendo em conta os diferentes testes utilizados, optou-se por indicar o respetivo teste e o valor de significância para as variáveis sociodemográficas, clínicas e do instrumento DASH, complementando a informação das tabelas com uma breve explicação do sentido da relação (*ver coluna – observação*). Para as restantes variáveis em que foi utilizado o teste *t-student* são identificados os dois grupos de mulheres (*e.g.* com alteração do movimento/com movimento de flexão normal) em análise.

- **Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH, Qualidade de Vida e Estratégias de Coping**

Relativamente a este item considerou-se como já foi referido anteriormente a avaliação do ombro na amplitude de movimento de flexão, extensão e abdução, de seguida iremos proceder a apresentação dos resultados efetuados para cada avaliação.

- **Flexão do Ombro**

Por análise da tabela 14 observa-se que relativamente ao movimento de flexão do ombro do lado homolateral à cirurgia existe relação estatisticamente significativa entre este e as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Idade da mulher, verificando-se que as mulheres com alteração do movimento de flexão tinham idade média inferior às mulheres com movimento de flexão do ombro normal.
- Habilitações literárias, sendo a alteração do movimento com incidência superior ao esperado nas mulheres com ensino básico;
- Alteração da situação profissional, as mulheres que tinham alterado a sua situação profissional apresentavam incidência de alteração de flexão do ombro superior ao esperado;
- Coabitação, sendo a alteração da flexão superior ao esperado nas mulheres que viviam sozinhas.

Por outro lado, não se verificaram diferenças ao nível da alteração do movimento de flexão do ombro relacionadas com o estado civil, a situação profissional e o local de residência das mulheres em estudo.

Quanto às variáveis clínicas verificou-se que a alteração do movimento de flexão do ombro estava estatisticamente associada ao:

- IMC, observou-se incidência da alteração superior ao esperado nas mulheres com peso normal;
- Ano da cirurgia, mulheres operadas entre 2011 e 2015 apresentavam alteração do movimento em número superior;
- Lado da intervenção cirúrgica, maior incidência de alteração do movimento em mulheres operadas à mama direita;
- Tipo de cirurgia, mulheres sujeitas a mastectomia radical apresentavam alteração da flexão do ombro superior ao esperado;
- Reconstrução mamária, incidência da alteração da flexão superior em mulheres que tinham realizado reconstrução;
- Reabilitação, mulheres sujeitas a reabilitação apresentavam incidência significativa de alteração. do movimento de flexão do ombro.

Aferiu-se ainda que a alteração do movimento de flexão do ombro estava estatisticamente associada aos resultados do questionário DASH e ao DASH Modulo opcional- trabalho, sendo que a incidência do problema foi significativamente superior em mulheres com resultados do questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos, ou seja com valores reveladores de maior limitação funcional.

Tabela 14 - Flexão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH

Variáveis	Teste	Valor prova	Observação	
Variáveis sociodemográficas	Idade	<i>t-student</i>	0,000***	Mulheres mais jovens com maior alteração
	Estado civil	Qui-quadrado	0,309	Não significativo
	Habilitações	Qui-quadrado	0,007**	Maior incidência da alteração em mulheres com o ensino básico
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,445	Não significativo
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,007**	Maior incidência da alteração nas mulheres que alteraram a sua situação profissional
	Coabitação	Qui-quadrado	0,001**	Maior incidência da alteração em mulheres que vivem sozinhas
	Local onde vive	Qui-quadrado	0,087	Não significativo
Variáveis Clínicas	IMC	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com IMC normal
	Ano Operação	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres operadas entre 2011-2015
	Intervenção cirúrgica	Qui-quadrado	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres intervencionadas à mama direita
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres submetidas a mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,018*	Maior incidência da alteração em mulheres que fizeram reconstrução mamária
	Reabilitação	Qui-quadrado	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres que fizeram reabilitação
DASH	DASH	Qui-quadrado	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados no questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos
	DASH trabalho	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados no questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

No que respeita à qualidade de vida, tabela 15, verificou-se que em todas as dimensões abrangidas pelo questionário WHOQOL-BREF houve relação estatisticamente significativa entre as mulheres com alteração do movimento de flexão do ombro e as que tinham movimento normal. Concluindo-se que as mulheres com movimento de flexão normal apresentavam resultados em todas as dimensões da qualidade de vida significativamente superiores aos resultados das mulheres com alteração do movimento de flexão.

Quanto às estratégias de coping verificaram-se diferenças quanto ao tipo de estratégias que as mulheres com alteração do movimento de flexão do ombro usam comparativamente às que apresentam um movimento normal. Observou-se que as médias no recurso às estratégias de Aceitação, Religião e Expressão de Sentimentos são mais altas, logo mais usadas pelas mulheres com alteração do movimento de flexão do ombro. Verificando-se as mulheres com um movimento normal apresentam valores mais altos no uso de estratégias como: Reinterpretação Positiva, Uso de Substâncias e Humor.

Tabela 15 - Flexão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste *t*

Variáveis	Com alteração (n=99)		Sem alteração (n=51)		Valor de prova	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Qualidade de Vida	Domínio Físico	2,69	0,51	3,81	0,40	0,000***
	Domínio Psicológico	2,99	0,60	3,88	0,24	0,000***
	Relações Sociais	3,35	0,62	3,94	0,24	0,000***
	Meio Ambiente	3,59	0,31	3,77	0,14	0,000***
Estratégias de Coping	Coping Ativo	1,83	0,39	1,88	0,21	0,277
	Planear	0,10	0,24	0,05	0,15	0,104
	Suporte Instrumental	0,94	0,49	0,94	0,24	0,976
	Suporte Social Emocional	1,91	0,24	1,84	0,44	0,324
	Religião	0,71	0,58	0,39	0,52	0,001**
	Reinterpretação Positiva	1,16	0,48	1,65	0,50	0,000***
	Auto Culpabilização	0,37	0,28	0,29	0,25	0,089
	Aceitação	0,47	0,52	0,06	0,24	0,000***
	Expressão de Sentimentos	1,35	0,43	0,98	0,28	0,000***
	Negação	1,87	0,29	1,88	0,21	0,767
	Auto Distração	1,08	0,53	1,16	0,31	0,271
	Desinvestimento Comportamental	1,72	0,40	1,81	0,48	0,192
	Uso de Substâncias	1,86	0,36	1,97	0,12	0,009**
	Humor	0,30	0,50	0,76	0,43	0,000***

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

- **Extensão do Ombro**

No que concerne ao movimento de extensão do ombro, por análise da tabela 16 observou-se que existe relação estatisticamente significativa entre este e as seguintes variáveis sociodemográficas:

- Idade, as mulheres com alteração do movimento de extensão do ombro tinham idade média significativamente inferior às mulheres com movimento de extensão normal;
- Habilitações literárias, sendo a alteração do movimento com incidência superior ao esperado nas mulheres com ensino básico;
- Alteração da situação profissional, sendo que as mulheres que tinham alterado a sua situação profissional apresentavam maior incidência de alteração do movimento de extensão do ombro;
- Coabitação, mulheres que viviam sozinhas apresentavam maior incidência de alteração deste movimento

Por outro lado, não se encontraram diferenças ao nível da alteração do movimento de extensão do ombro das mulheres em estudo relativamente às variáveis sociodemográficas estado civil, situação profissional e local de residência.

Quanto à relação entre a alteração do movimento de extensão do ombro e as variáveis clínicas verificou-se que estava estatisticamente associada ao:

- IMC, incidência da alteração superior ao esperado nas mulheres com excesso de peso;
- Ano da cirurgia, mulheres operadas entre 2011 e 2015 com maior alteração do movimento;
- Mama intervencionada, maior incidência de alteração do movimento em mulheres operadas à mama direita;
- Tipo de cirurgia, mulheres sujeitas a mastectomia radical apresentavam maior incidência da alteração do movimento de extensão do ombro;
- Reconstrução mamária, maior incidência da alteração do movimento em mulheres que tinham realizado reconstrução;

- Reabilitação, mulheres sujeitas a reabilitação apresentavam maior incidência de alteração do movimento de extensão do ombro.

Relacionando a alteração do movimento de extensão do ombro com os resultados obtidos no questionário DASH e no módulo opcional- DASH trabalho conclui-se que se encontram estatisticamente associado, de tal modo que a incidência do problema foi significativamente superior em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos.

Tabela 16 - Extensão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH

Variáveis	Teste	Valor prova	Observação
Variáveis Sociodemográficas	Idade	<i>t-student</i>	0,000*** Mulheres mais jovens com maior alteração
	Estado civil	Qui-quadrado	0,247 Não significativo
	Habilitações	Qui-quadrado	0,002*** Maior incidência de alteração em mulheres com o ensino básico
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,064 Não significativo
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,000*** Maior incidência de alteração em mulheres que alteraram a sua situação profissional
	Coabitação	Qui-quadrado	0,000*** Maior incidência de alteração em mulheres que vivem sozinhas
	Local onde vive	Qui-quadrado	0,420 Não significativo
Variáveis Clínicas	IMC	Exato Fisher	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres com excesso de peso
	Ano Operação	Exato Fisher	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres intervencionadas entre 2011-2015
	Intervenção cirúrgica	Qui-quadrado	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres intervencionadas à mama direita
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres que realizaram mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres que optaram pela reconstrução mamária
	Reabilitação	Qui-quadrado	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres que fizeram reabilitação
DASH	DASH	Qui-quadrado	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres com resultados no questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos
	DASH trabalho	Exato Fisher	0,000*** Maior incidência da alteração em mulheres com resultados no questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

Analisando a qualidade de vida, tabela 17, verificou-se que existia relação estatisticamente significativa entre as mulheres com alteração na amplitude do movimento de extensão do ombro e as que não apresentavam alteração. Conclui-se que as mulheres com amplitude de movimento de extensão normal apresentavam resultados em todas as dimensões da qualidade de vida avaliadas pelo questionário WHOQOL-BREF significativamente superiores aos resultados das mulheres com alteração da amplitude do movimento.

Inferindo sobre as estratégias de coping usadas pelas mulheres com alteração da amplitude do movimento e as que não apresentavam alteração, constatou-se existir relação estatisticamente significativa em algumas estratégias. Assim sendo, as mulheres com alteração da amplitude do movimento recorreram com maior frequência às seguintes estratégias: Religião; Aceitação e Expressão de sentimentos.

As mulheres sem alteração da amplitude movimento de extensão do ombro apresentaram resultados mais elevados nas estratégias de coping: Reinterpretação Positiva; Auto Culpabilização; Auto Distração e Humor.

Tabela 17 - Extensão do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste *t*

Variáveis	Com alteração (n=75)		Sem alteração (n=75)		Valor de prova	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Qualidade de Vida	Domínio Físico	2,62	0,49	3,53	0,60	0,000***
	Domínio Psicológico	2,91	0,62	3,66	0,45	0,000***
	Relações Sociais	3,32	0,62	3,78	0,46	0,000***
	Meio Ambiente	3,58	0,33	3,73	0,20	0,001***
Estratégias de Coping	Coping Ativo	1,75	0,25	1,94	0,39	0,001**
	Planear	0,07	0,17	0,10	0,25	0,338
	Suporte Instrumental	0,89	0,49	0,99	0,33	0,178
	Suporte Social Emocional	1,93	0,17	1,84	0,42	0,078
	Religião	0,73	0,61	0,47	0,52	0,005**
	Reinterpretação Positiva	1,13	0,47	1,51	0,55	0,000***
	Auto Culpabilização	0,29	0,25	0,40	0,28	0,016*
	Aceitação	0,47	0,47	0,19	0,47	0,000***
	Expressão de Sentimentos	1,35	0,44	1,09	0,36	0,000***
	Negação	1,85	0,23	1,90	0,30	0,222
	Auto Distração	1,02	0,53	1,19	0,38	0,023*
	Desinvestimento Comportamental	1,71	0,40	1,79	0,45	0,217
	Uso de Substâncias	1,87	0,34	1,93	0,26	0,184
Humor	0,25	0,37	0,67	0,57	0,000***	

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

- **Abdução do Ombro**

Analisando a tabela 18 observa-se que existe relação estatisticamente significativa entre a abdução do ombro do lado homolateral à cirurgia e algumas variáveis sociodemográficas nomeadamente:

- Idade, sendo que as mulheres com alteração do movimento de abdução tinham idade média significativamente inferior às mulheres com movimento de abdução do ombro normal;
- Coabitação, verificou-se maior alteração da incidência da amplitude do movimento de abdução em mulheres que viviam sozinhas;
- Local de residência, maior incidência da alteração da amplitude do movimento em mulheres que vivem em meio urbano.

Por outro lado, nas mulheres em estudo não se inferiu qualquer relação entre a alteração da amplitude do movimento de abdução do ombro e as habilitações literárias, o estado civil, a situação profissional e a alteração da situação profissional em virtude da doença.

Relativamente às variáveis clínicas verificou-se que a alteração da amplitude do movimento de abdução do ombro estava estatisticamente associada a:

- IMC, maior incidência da alteração da amplitude do movimento em mulheres com excesso de peso;
- Ano da cirurgia, mulheres operadas entre 2011 e 2015 apresentaram maior alteração da amplitude do movimento;
- Tipo de cirurgia, mulheres sujeitas a mastectomia radical evidenciaram maior alteração da amplitude do movimento de abdução do ombro;
- Reabilitação, mulheres que fizeram reabilitação apresentavam incidência de alteração da amplitude do movimento do ombro superior às mulheres às que não fizeram.

Conclui-se ainda que a alteração da amplitude do movimento de abdução do ombro estava estatisticamente associada aos resultados obtidos através da aplicação do questionário DASH e do Módulo opcional DASH- trabalho, a incidência do problema foi significativamente superior em mulheres com resultados do questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos.

Tabela 18 - Abdução do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH

Variáveis	Teste	Valor prova	Observação	
Variáveis Sociodemográficas	Idade	<i>t-student</i>	0,013*	Maior alteração nas mais jovens
	Estado civil	Qui-quadrado	0,832	Não significativo
	Habilitações	Qui-quadrado	0,062	Não significativo
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,919	Não significativo
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,460	Não significativo
	Coabitação	Qui-quadrado	0,001**	Maior incidência da alteração em quem vive sozinha
	Local onde vive	Qui-quadrado	0,000***	Maior incidência da alteração em quem vive na cidade
Variáveis Clínicas	IMC	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com excesso de peso
	Ano Operação	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres operadas entre 2011-2015
	Intervenção cirúrgica	Qui-quadrado	0,126	Não significativo
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,119	Não significativo
DASH	Reabilitação	Qui-quadrado	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres que fizeram reabilitação
	DASH	Qui-quadrado	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos
	DASH trabalho	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência alteração DASH igual ou superior a 50 pontos

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

Quanto à qualidade de vida, tabela 19, verificou-se que em todas as dimensões avaliadas pelo questionário WHOQOL-BREF existiram relações estatisticamente significativas entre as mulheres com alteração da amplitude do movimento de abdução do ombro e as que não tinham alteração. Sendo que estas últimas, apresentavam resultados em todos os domínios da qualidade de vida significativamente superiores aos resultados das mulheres com alteração da amplitude do movimento.

Neste contexto, as estratégias de coping evidenciaram diferenças entre as mulheres com alteração da amplitude do movimento de abdução do ombro e mulheres com amplitude do movimento normal. Assim observou-se relação estatisticamente significativa para

mulheres com alteração da amplitude do movimento nas seguintes estratégias: Religião e Expressão de sentimentos.

Mulheres com amplitude do movimento de abdução do ombro sem alteração utilizaram com maior frequência as estratégias de coping: Reinterpretação positiva; Auto culpabilização; Auto distração; Uso de substâncias e Humor.

Tabela 19 - Abdução do Ombro do Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste *t*

Variáveis	Com alteração (n=108)		Sem alteração (n=42)		Valor de prova	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Qualidade de Vida	Domínio Físico	2,74	0,51	3,92	0,38	0,000***
	Domínio Psicológico	3,08	0,63	3,83	0,35	0,000***
	Relações Sociais	3,41	0,62	3,91	0,28	0,000***
	Meio Ambiente	3,62	0,30	3,75	0,19	0,000***
Estratégias de Coping	Coping Ativo	1,83	0,36	1,89	0,28	0,305
	Planear	0,06	0,17	0,13	0,29	0,175
	Suporte Instrumental	0,92	0,43	1,00	0,38	0,251
	Suporte Social Emocional	1,92	0,23	1,81	0,48	0,173
	Religião	0,73	0,57	0,26	0,48	0,000***
	Reinterpretação Positiva	1,23	0,52	1,57	0,52	0,000***
	Auto Culpabilização	0,31	0,27	0,43	0,26	0,021*
	Aceitação	0,38	0,45	0,21	0,56	0,070
	Expressão de Sentimentos	1,29	0,41	1,05	0,41	0,001**
	Negação	1,88	0,28	1,86	0,23	0,644
	Auto Distração	1,03	0,45	1,30	0,47	0,002**
	Desinvestimento Comportamental	1,74	0,39	1,77	0,52	0,710
	Uso de Substâncias	1,86	0,33	2,00	0,19	0,002**
	Humor	0,36	0,52	0,71	0,46	0,000***

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

- **Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH, Qualidade de vida e Estratégias de Coping**

Neste ponto considerou-se como já havia sido mencionado a avaliação do cotovelo na amplitude de movimento de flexão e extensão e abdução, de seguida iremos proceder à apresentação dos resultados obtidos para cada avaliação.

- **Flexão do Cotovelo**

Por análise da tabela 20 observa-se que a alteração da amplitude do movimento de flexão do cotovelo se encontra apenas significativamente associada à variável sociodemográfica- alteração da situação profissional, ou seja, as mulheres que tinham alterado a sua situação profissional apresentavam maior incidência desta alteração. Não se registando diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis sociodemográficas das mulheres em estudo.

Relativamente à relação entre a alteração da amplitude do movimento de flexão do cotovelo e as variáveis clínicas, encontrou-se relação estatisticamente significativa no tipo de cirurgia, sendo que as mulheres sujeitas a mastectomia radical apresentavam maior alteração na amplitude deste movimento.

Constatou-se que a alteração da amplitude do movimento de flexão do cotovelo estava estatisticamente associada aos resultados obtidos através da aplicação do questionário DASH e ao Módulo opcional DASH- trabalho, a incidência do problema foi significativamente superior em mulheres com resultados iguais ou superiores a 50 pontos.

Tabela 20 - Flexão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH

Variáveis		Teste	Valor prova	Observação
Variáveis Sociodemográficas	Idade	<i>t-student</i>	0,509	Não significativo
	Estado civil	Qui-quadrado	0,704	Não significativo
	Habilitações	Qui-quadrado	0,079	Não significativo
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,914	Não significativo
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,016*	Maior incidência da alteração em mulheres que alteraram a situação profissional
	Coabitação	Qui-quadrado	0,646	Não significativo
	Local onde vive	Qui-quadrado	0,427	Não significativo
Variáveis Clínicas	IMC	Exato Fisher	0,563	Não significativo
	Ano Operação	Exato Fisher	0,057	Não significativo
	Intervenção cirúrgica	Qui-quadrado	0,732	Não significativo
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,018*	Maior incidência da alteração em mulheres submetidas a mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,313	Não significativo
	Reabilitação	Qui-quadrado	0,197	Não significativo
DASH	DASH	Qui-quadrado	0,042*	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos
	DASH trabalho	Exato Fisher	0,031*	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Em relação à qualidade de vida das mulheres com alteração da amplitude do movimento e as que tem amplitude de movimento normal, tabela 21, não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa nas várias dimensões mensuráveis através do questionário WHOQOL-BREF.

Quanto às estratégias de coping as diferenças observadas entre mulheres com alteração da amplitude do movimento de flexão do cotovelo e aquelas que apresentavam amplitude do movimento normal foram estatisticamente significativas em algumas estratégias. Mulheres com alteração recorreram com mais frequência ao coping

“Aceitação” e “Religião” e mulheres sem alteração da amplitude do movimento ao coping “Uso de Substâncias”.

Tabela 21 - Flexão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, resultados teste *t*

Variáveis	Com alteração (n=73)		Sem alteração (n=77)		Valor de prova	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Qualidade de Vida	Domínio Físico	3,03	0,69	3,12	0,74	0,434
	Domínio Psicológico	3,23	0,67	3,35	0,65	0,274
	Relações Sociais	3,57	0,58	3,53	0,61	0,662
	Meio Ambiente	3,67	0,23	3,64	0,32	0,585
Estratégias de Coping	Coping Ativo	1,86	0,40	1,84	0,27	0,745
	Planear	0,08	0,22	0,08	0,21	0,949
	Suporte Instrumental	1,01	0,41	0,88	0,41	0,056
	Suporte Social Emocional	1,86	0,29	1,91	0,35	0,385
	Religião	0,71	0,70	0,49	0,42	0,023*
	Reinterpretação Positiva	1,25	0,58	1,40	0,49	0,091
	Auto Culpabilização	0,37	0,29	0,32	0,25	0,310
	Aceitação	0,48	0,53	0,19	0,40	0,000***
	Expressão de Sentimentos	1,28	0,44	1,17	0,39	0,103
	Negação	1,84	0,31	1,91	0,21	0,095
	Auto Distração	1,08	0,48	1,13	0,46	0,536
	Desinvestimento Comportamental	1,71	0,40	1,79	0,45	0,217
	Uso de Substâncias	1,82	0,39	1,98	0,17	0,001**
	Humor	0,52	0,59	0,40	0,46	0,174

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

- **Extensão do Cotovelo**

Por análise da tabela 22 observa-se que a alteração da amplitude do movimento de extensão do cotovelo do lado homolateral à cirurgia estava significativamente associada às seguintes variáveis sociodemográficas:

- Habilitações literárias, sendo a alteração da amplitude do movimento com maior incidência nas mulheres com ensino básico;
- Alteração da situação profissional, as mulheres que tinham alterado a sua situação profissional apresentavam incidência de alteração da amplitude de movimento de extensão do cotovelo superior às mulheres que não apresentam alteração.

Relativamente às variáveis clínicas verificou-se que a alteração da amplitude do movimento de extensão do cotovelo estava estatisticamente associada a:

- IMC, com incidência mais elevada em mulheres com excesso de peso;
- Ano da cirurgia, mulheres operadas entre 2011 e 2015 revelam maiores alterações;
- Tipo de cirurgia, mulheres sujeitas a mastectomia radical apresentavam maior alteração da amplitude do movimento da extensão do cotovelo.

Verificou-se também aqui que a alteração da amplitude do movimento de extensão do cotovelo estava estatisticamente associada aos resultados obtidos pelo questionário DASH e no Módulo opcional DASH- trabalho, sendo mais elevada a incidência do problema em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos.

Tabela 22 - Extensão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH

Variáveis	Teste	Valor prova	Observação	
Variáveis Sociodemográficas	Idade	<i>t-student</i>	0,203	Não significativo
	Estado civil	Qui-quadrado	0,999	Não significativo
	Habilitações	Qui-quadrado	0,002**	Maior incidência da alteração em mulheres com ensino básico
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,701	Não significativo
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,000**	Maior incidência da alteração em mulheres que mudaram a sua situação profissional
	Coabitação	Qui-quadrado	0,419	Não significativo
Variáveis Clínicas	Local onde vive	Qui-quadrado	0,801	Não significativo
	IMC	Exato Fisher	0,029*	Maior incidência da alteração em mulheres com excesso de peso
	Ano Operação	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração nas operadas entre 2011-2015
	Intervenção cirúrgica	Qui-quadrado	0,524	Não significativo
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres submetidas a mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,076	Não significativo
DASH	Reabilitação	Qui-quadrado	0,309	Não significativo
	DASH	Qui-quadrado	0,002**	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos
	DASH trabalho	Exato Fisher	0,000***	Maior incidência da alteração em mulheres com resultados ao questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

Reportando à qualidade de vida, tabela 23, constata-se que no domínio psicológico e relações sociais do questionário WHOQOL-BREF verificou-se que as diferenças observadas entre as mulheres com alteração da amplitude do movimento de extensão do cotovelo e as mulheres que tinham movimento normal eram estatisticamente significativas. Ou seja, as mulheres com amplitude de movimento de extensão normal apresentavam resultados nesses domínios da qualidade de vida significativamente superiores aos resultados das mulheres com alteração da amplitude do movimento.

Quanto às estratégias de coping as diferenças observadas entre mulheres com alteração da amplitude do movimento de extensão do cotovelo e as que tinham movimento

normal foram estatisticamente significativas em algumas estratégias. Mulheres com alteração recorreram com mais frequência a estratégias: Suporte instrumental; Religião; Aceitação e Expressão de sentimentos.

Mulheres com amplitude de movimento de extensão do cotovelo normal usaram o coping “Suporte Social e Emocional”, “Negação” e “Uso de Substâncias”.

Tabela 23 - Extensão do Cotovelo Lado Homolateral à Cirurgia versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH, teste *t*

Variáveis	Com alteração (n=30)		Sem alteração (n=120)		Valor de prova	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Qualidade de Vida	Domínio Físico	2,86	0,59	3,13	0,73	0,070
	Domínio Psicológico	3,07	0,66	3,34	0,65	0,044*
	Relações Sociais	3,74	0,39	3,50	0,63	0,009**
	Meio Ambiente	3,70	0,21	3,64	0,30	0,375
Estratégias de Coping	Coping Ativo	1,70	0,28	1,88	0,35	0,008**
	Planear	0,07	0,17	0,09	0,22	0,632
	Suporte Instrumental	1,20	0,28	0,88	0,42	0,000**
	Suporte Social Emocional	1,77	0,29	1,92	0,33	0,023*
	Religião	0,85	0,85	0,54	0,48	0,008**
	Reinterpretação Positiva	0,78	0,25	1,46	0,51	0,000***
	Auto Culpabilização	0,35	0,30	0,35	0,27	0,940
	Aceitação	0,78	0,41	0,22	0,44	0,000***
	Expressão de Sentimentos	1,48	0,44	1,16	0,39	0,000***
	Negação	1,70	0,28	1,92	0,25	0,000***
	Auto Distração	1,08	0,44	1,11	0,48	0,762
	Desinvestimento Comportamental	1,65	0,35	1,78	0,44	0,154
	Uso de Substâncias	1,65	0,46	1,96	0,22	0,001**
	Humor	0,33	0,48	0,49	0,53	0,141

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

- **Perimetria versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas, DASH, Qualidade de Vida e Mecanismos de Coping**

Na avaliação ao membro superior foram ainda considerados os valores relativos à perimetria da circunferência do braço do lado homolateral e contra lateral à cirurgia.

Na tabela 24 observa-se que a incidência de situações de linfedema está significativamente associada às variáveis sociodemográficas, habilitações literárias, e alteração da situação profissional, registrando-se maior incidência do problema em mulheres com o ensino básico e nas que tinham alteraram a sua situação profissional.

Relativamente às variáveis clínicas verificou-se que a incidência de casos de linfedema estava estatisticamente associada a:

- IMC, prevalência nas mulheres com excesso de peso;
- Ano da cirurgia, maior incidência nas mulheres operadas entre 2011 e 2015;
- Tipo de cirurgia, mulheres sujeitas a mastectomia radical apresentavam maior prevalência de linfedema;
- Reconstrução mamária, mulheres que fizeram reconstrução evidenciavam maior alteração nos valores de perimetria.

Ao nível dos resultados obtidos mediante cruzamento dos resultados do questionário DASH e o Modulo opcional DASH-trabalho com os valores de perimetria, conclui-se que a incidência de situações de linfedema está estatisticamente associada com estes, sendo a prevalência do problema significativamente superior em mulheres com resultados do questionário DASH iguais ou superiores a 50 pontos.

Tabela 24 - Perimetria (com/sem linfedema) versus Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e DASH

Variáveis		Teste	Valor prova	Observação
Variáveis Sociodemográficas	Idade	<i>t-student</i>	0,051	Não significativo
	Estado civil	Qui-quadrado	0,826	Não significativo
	Habilitações	Qui-quadrado	0,001**	Mais casos de linfedema em mulheres com ensino básico
	Situação profissional	Qui-quadrado	0,969	Não significativo
	Situação Profissional alterada	Qui-quadrado	0,000** *	Prevalência de linfedema em mulheres que alteraram situação profissional
	Coabitação	Qui-quadrado	0,889	Não significativo
	Local onde vive	Qui-quadrado	0,849	Não significativo
Variáveis Clínicas	IMC	Exato Fisher	0,019*	Prevalência de linfedema em mulheres com excesso de peso
	Ano Operação	Exato Fisher	0,000** *	Prevalência de linfedema em mulheres operadas entre 2011-2015
	Intervenção cirúrgica	Qui-quadrado	0,530	Não significativo
	Tipo de cirurgia	Exato Fisher	0,000** *	Prevalência de linfedema em mulheres submetidas a mastectomia radical
	Reconstrução	Qui-quadrado	0,035*	Prevalência de linfedema nas que fizeram reconstrução mamária
	Reabilitação	Qui-quadrado	0,321	Não significativo
DASH	DASH	Qui-quadrado	0,001**	Maior incidência de casos de linfedema com resultados DASH iguais ou superiores a 50 pontos
	DASH trabalho	Exato Fisher	0,000** *	Maior incidência de casos de linfedema com resultados DASH iguais ou superiores a 50 pontos

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

Quanto à qualidade de vida, tabela 25, mensurada nas várias dimensões já descritas, constatou-se que no domínio psicológico e relações sociais as diferenças observadas entre as mulheres com linfedema e as mulheres sem linfedema eram estatisticamente significativas. Sendo que as mulheres sem linfedema apresentavam resultados nestas dimensões significativamente superiores aos resultados das mulheres com linfedema.

Em relação às estratégias de coping as diferenças observadas entre mulheres com linfedema e mulheres sem linfedema foram estatisticamente significativas em determinadas estratégias. Mulheres com linfedema recorreram com mais frequência ao coping: Suporte instrumental; Religião; Aceitação; Expressão de sentimentos e Uso de substâncias.

As mulheres sem linfedema por seu lado fizeram mais uso das estratégias “Coping Ativo”; “Suporte Social Emocional”; “Reintegração Positiva” e “Negação”.

Tabela 25 - Perimetria (com/sem linfedema) versus Variáveis Qualidade de Vida e Estratégias de Coping, teste *t*

Variáveis	Com linfedema (n=32)		Sem linfedema (n=118)		Valor de prova	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Qualidade de Vida	Domínio Físico	2,86	0,59	3,13	0,73	0,054
	Domínio Psicológico	3,07	0,67	3,35	0,65	0,036*
	Relações Sociais	3,77	0,36	3,49	0,63	0,017*
	Meio Ambiente	3,70	0,21	3,64	0,30	0,317
Estratégias de Coping	Coping Ativo	1,70	0,28	1,89	0,35	0,007**
	Planear	0,06	0,17	0,09	0,22	0,533
	Suporte Instrumental	1,19	0,28	0,87	0,42	0,000***
	Suporte Social Emocional	1,77	0,28	1,92	0,33	0,016*
	Religião	0,86	0,86	0,53	0,46	0,045*
	Reinterpretação Positiva	0,78	0,25	1,47	0,50	0,000***
	Auto Culpabilização	0,38	0,31	0,34	0,26	0,507
	Aceitação	0,77	0,42	0,21	0,44	0,000***
	Expressão de Sentimentos	1,48	0,45	1,15	0,38	0,000***
	Negação	1,70	0,28	1,92	0,24	0,000***
	Auto Distração	1,06	0,44	1,12	0,48	0,550
	Desinvestimento Comportamental	1,66	0,35	1,78	0,45	0,164
	Uso de Substâncias	1,64	0,46	1,97	0,20	0,001**
	Humor	0,34	0,48	0,49	0,54	0,141

* $p \leq 0.050$; ** $p \leq 0.010$; *** $p \leq 0.001$

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A relevância do presente estudo assenta no interesse justificado pelo número crescente de novos casos de cancro de mama e pela necessidade de se fazer um enquadramento destas mulheres. Apenas percebendo as sequelas físicas e emocionais que a doença suscita, na família e na sociedade, se poderá traçar um plano de ação adequado às reais necessidades deste grupo.

Optou-se inicialmente por fazer uma caracterização sociodemográfica e clínica que evidenciasse as características desta população, por forma a obter um retrato da situação (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, local de residência, fatores de risco e caracterização da cirurgia).

Para a avaliação da funcionalidade do membro superior após cirurgia por cancro da mama, o estudo desenvolvido integrou uma avaliação através de goniometria, força muscular e perimetria e da aplicação do questionário DASH. Para determinar a qualidade de vida e as estratégias de coping optou-se pela utilização do WHOQOL-BREF e Brief-COPE, respetivamente, instrumentos amplamente usados inclusive em amostras semelhantes.

Considerando as opções metodológicas, os resultados obtidos são consistentes com os descritos em estudos de natureza idêntica realizados em todo o mundo, podendo, assim, ser constatada a adequação dos critérios de seleção da amostra e alguma especificidade das opções utilizadas para efetuar as avaliações.

A média de idades da amostra em estudo foi de 57,2 anos, mulheres jovens, em idade ativa, este dado acabou por refletir os critérios de inclusão definidos (mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos inclusive). Segundo dados da DGS estão a aumentar o número de novos casos em mulheres com mais de 65 anos (DGS, 2015). O risco de desenvolver cancro da mama ao longo da vida é de 1 em 11 em Portugal, um fator de risco é o aumento da idade, 80 por cento de todos os tipos de cancro da mama ocorre em mulheres com mais de 50 anos. Quanto mais avançada a idade, maior o risco (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2016). Por outro lado, como já foi referido, existem

trabalhos científicos que evidenciam a idade mais jovem da mulher como sendo potenciadora de várias implicações negativas na vida pessoal, familiar e social durante o processo de doença e posterior reabilitação (Howard- Anderson, Ganz, Bower, & Stanton, 2012; Veiga et al., 2010).

A maioria das mulheres inquiridas 86,7% viviam acompanhadas, dessas 76,7% eram casadas ou viviam em união de facto, ou seja, possuíam retaguarda familiar, sendo este um fator considerado de proteção na vivência do processo de doença. Constatou-se que as mulheres inquiridas que viviam sozinhas foram as que apresentaram maior incapacidade segundo resultados DASH, o que vem de encontro aos inúmeros estudos que apontam para este fator protetor (White,2006;Strayer & Caple, 2012). A família é assim de extrema importância um lugar de partilha onde crescemos e aprendemos, espaço principal de promoção do desenvolvimento físico, psicológico, social, cultural e espiritual de cada um de nós, está presente e participa nos vários acontecimentos de vida inclusive em situações de crise, mobilizando-se para dar apoio, ressentindo-se na sua estrutura, funções e organização quando se aloja a doença (Patrão & Moura, 2012).

Relativamente as habilitações literárias 22% da amostra tinha o ensino primário (4ºano de escolaridade), 50,7% da amostra possuía o ensino básico (escolaridade até ao 9º ano), 10,0% o ensino secundário (12ºano de escolaridade), 17,3% havia frequentado o ensino superior, ou seja, 27,3% das mulheres tinham pelo menos a escolaridade obrigatória atual. Estudos referem que a literacia é um elemento protetor no sentido de capacitar os indivíduos a procurar recursos, mobilizando meios para a promoção da saúde (King, Kenny, Shiell, Hall, & Boyages, 2000; Peuckmann et al., 2010), contudo, Serra (2005) refere que pessoas mais diferenciadas ao possuírem maior sentido crítico sobre a informação e a doença têm mais dificuldade em adaptar-se ao papel de doente. Neste estudo as mulheres no geral caracterizaram a sua qualidade de vida como “nem boa nem má”, manifestando alguma insatisfação relativamente à sua saúde, sendo que os melhores resultados inferidos pelo questionário WHOQOL-BREF incidiram nos domínios “Relações Sociais” e “Meio Ambiente”.

Em Trás-os-Montes, nomeadamente no concelho de Bragança, com aldeias despovoadas, isoladas, muitas delas com maus acessos, viver em meio rural poderá ser um obstáculo à procura de apoio face ao diagnóstico e prognóstico de cancro de mama.

Relativamente à nossa amostra, o local de residência de grande parte das mulheres 79,3% era o meio urbano o que poderá ser facilitador em termos de acesso aos serviços de saúde, porém verificou-se que as inquiridas que moravam em meio rural eram as que apresentavam melhores resultados de funcionalidade após aplicação do questionário DASH, fato provavelmente relacionado com a natureza da atividade rural que impele as mulheres a manter rotinas e hábitos de trabalho físico constante.

A literatura aponta inúmeros fatores que estarão na génese do cancro da mama, as mulheres inquiridas neste estudo confirmam o que tem sido apontado como fator de risco acrescido nas diversas investigações nesta área, salientando-se a história familiar de cancro (n=122), história familiar de cancro de mama (n=67) e uso de contraceção hormonal oral (n=89). Num estudo de revisão, Sawyer e colaboradores (2012) referem que o peso da hereditariedade representa numa análise comparativa de risco, um risco duas vezes superior numa mulher com um familiar com antecedentes de cancro da mama.

O IMC no caso de excesso de peso ou obesidade é tido em conta no sentido de condicionar negativamente a cirurgia e a recuperação pós operatória, nesta amostra mulheres com IMC elevado tiveram piores resultados de funcionalidade. As transformações ocorridas na sociedade que conduzem a um menor número de filhos por cada mulher, a uma idade da menarca cada vez mais precoce aliada a uma menopausa mais tardia acaba inevitavelmente por impor um ambiente hormonal com estrogénios à mama durante mais anos. Estes resultados encontram-se nos países ocidentais onde se associam a outros fatores de comorbilidade como a obesidade, o tabagismo e uma vida sedentária (Sarkissyan & Vadgama, 2011).

Em relação à cirurgia constatou-se que 48,7% (n=73) das mulheres realizaram mastectomia radical, 28% (n=42) quadrantectomia com esvaziamento axilar e 20,7% (n=31) tumorectomia, assim em 115 mulheres (76,7%) houve necessidade de se proceder ao esvaziamento ganglionar, técnica apontada pelos diversos estudos, como principal razão para as complicações sentidas em termos de funcionalidade do membro superior pós cirurgia. A realização deste procedimento está, assim, relacionada com o aumento da incidência de complicações como limitação na amplitude do movimento no membro superior, diminuição da força muscular, alterações posturais, linfedema,

aderência cicatricial, possíveis quadros infecciosos e dor, evidências descritas em vários estudos como o de Gois (2012), Lahoz e colaboradores (2010) e Rett e colaboradores (2013). Os resultados deste estudo vão de encontro a estas investigações: verificou-se que as mulheres que fizeram esvaziamento axilar eram as que apresentavam resultados de maior incapacidade e elevada incidência de alteração da amplitude de movimento do ombro e cotovelo em relação às outras mulheres nos movimentos avaliados, bem como, as que evidenciavam maior frequência de casos de linfedema.

Outro dado importante da investigação foi as mulheres referirem ser dextras sendo que a intervenção cirúrgica à mama direita recaiu em 98 mulheres (65,3%), número significativo que poderá estar na origem de algumas dificuldades sentidas na execução das atividades de vida diária, tal como o fato de 40,7% delas ter sido operada no período de 2011 a 2015, sendo essas que registaram maiores limitações na funcionalidade.

Em relação à reabilitação, 50,7% (n=76) integraram programas específicos, tendo todas considerado ter beneficiado desse apoio, porém este estudo mostra que também são essas mulheres que apresentam maior incidência de alteração da amplitude de movimento do ombro na flexão, extensão e abdução, tal como são as que têm resultados de maior incapacidade no instrumento DASH. Estes dados necessitariam de outro tipo de investigação no sentido de se poder avaliar esta relação, pese embora é importante salvaguardar que estas mulheres seriam as que à partida apresentariam maior incapacidade e dificuldade na mobilização do membro superior e mesmo tendo beneficiado da reabilitação ainda apresentam limitações. É consensual que a limitação da amplitude do movimento é tida como a complicação responsável pela procura de reabilitação (Batiston & Santiago, 2005). Nesse sentido, Rett e colaboradores (2012) ressaltam a importância da intervenção precoce no pós-operatório, reduzindo a possibilidade de restrição da amplitude do movimento e assegurando maior funcionalidade. Diversos estudos salientam essa importância, nomeadamente, o de Swisher (2011), que preconizam que a reabilitação deve ser envolvida em ambas as fases pré e pós operatórias do tratamento do cancro da mama para atingir e manter o movimento do braço funcional completo e força. Referem ainda, que os principais objetivos de um programa de reabilitação devem incluir, nomeadamente, a educação da mulher, o aumento da mobilidade articular e exercícios aeróbicos e de treino de

resistência melhorando aspetos de qualidade de vida, tais como: o humor e a autoconfiança. Os aspetos da educação passam por exercícios para casa, complicações pós-operatórias e prognóstico para a função da extremidade superior.

A reconstrução mamária foi um caminho percorrido por 31 das 77 mulheres que foram mastectomizadas. É consensual que a mastectomia é uma cirurgia extremamente traumatizante para as mulheres deixando marcas físicas e psicológicas profundas (Patrão & Moura,2012). Este estudo revelou que as mulheres que fizeram reconstrução mamária em comparação com as que não o fizeram, foram as que apresentavam piores resultados de funcionalidade, as que tinham maior incidência de alteração da amplitude do movimento de flexão e extensão do ombro bem como maior prevalência de linfedema.

Como já referido, a avaliação do membro superior efectivou-se através dos dados obtidos por goniometria (ombro e cotovelo), força muscular (força de preensão manual e digital) e perimetria, avaliando a amplitude do movimento das articulações do ombro no movimento de flexão, extensão e abdução e cotovelo no movimento de flexão e extensão, por comparação da força muscular entre os membros e pela medida da circunferência num ponto pré-definido em ambos os braços. Os resultados obtidos neste estudo evidenciaram alterações significativas no membro superior homolateral à cirurgia na maioria das mulheres estudadas, mediante avaliações feitas por goniometria nas amplitudes dos movimentos estudados, quer no ombro- flexão, extensão e abdução, quer no cotovelo- flexão, extensão. Estes dados estão em concordância com os de outros estudos, nomeadamente, os obtidos por Batiston & Santiago (2005) que observaram através do estudo de 160 mulheres, a presença de limitação de amplitude do movimento em 61,9% das que foram submetidas a tratamento cirúrgico por cancro da mama. Também Góis (2012), no seu estudo com 14 mulheres, mostrou que o movimento de abdução foi o mais comprometido, apresentando maior déficit da amplitude. Em conformidade, Lahoz e colaboradores. (2010), observaram limitação da amplitude de movimento do ombro homolateral à cirurgia, para os movimentos de abdução, flexão e rotação lateral, no seu estudo realizado com 20 mulheres que foram submetidas a mastectomia.

Em relação à força muscular, reportando-nos ao presente estudo, verificou-se que as mulheres inquiridas apresentavam diferenças estatisticamente significativa entre a avaliação dos dois membros, tendo o membro superior homolateral à cirurgia diminuição da força muscular, quer da força de preensão palmar quer digital.

Sobre este assunto, em 2004 uma investigação realizada por Silva e colaboradores, destacou a importância do conhecimento da repercussão da cirurgia mamária sobre a força muscular no membro superior homolateral à cirurgia para o desenvolvimento de uma reabilitação eficaz. Ainda nesse estudo, evidenciou-se que a força muscular estava alterada em todos os grupos musculares do membro superior homolateral, principalmente nos músculos flexores, adutores, abdutores de ombro e extensores de punho em relação ao lado contra lateral. A fraqueza muscular pós-cirurgia pode ser amenizada e/ou recuperada sem gerar riscos ou agravamento para o desenvolvimento de outras complicações, desde que a mulher seja bem orientada e abordada precocemente. Tendo em vista que a imobilidade no pós-operatório pode levar a um comprometimento da força muscular, quanto mais cedo a mulher for submetida a um plano de reabilitação, mais rápido será a sua recuperação, readquirindo força muscular e retornando rapidamente às suas atividades quotidianas, ocupacionais e desportivas, e assim, minimizando o aparecimento de outras complicações (Giocon, Peixoto, Kamonsekil, & Neto, 2013).

Pretendendo averiguar quais as consequências destas alterações na funcionalidade do membro superior ao utilizar o questionário DASH verificamos que em termos globais as mulheres estudadas apresentam valores razoáveis de funcionalidade, com valores médios no questionário DASH global de 41,74 pontos, sendo que as dificuldades sentidas recaem em tarefas específicas, onde é preciso utilizar a força, usar o membro superior em elevação ou fazer atividades que exijam o uso dos dois membros de forma repetitiva e prolongada. Em concordância Sousa e colaboradores (2013), num estudo com 105 mulheres, obteve resultados semelhantes com a aplicação do questionário DASH.

Comparando estes resultados com os dados da caracterização sociodemográfica, na questão - “*Alterou a sua situação profissional?*”, constatou-se que 90 mulheres (60%) o haviam feito em virtude das consequências deixadas pela doença, sendo essas as que

apresentavam maiores resultados no questionário DASH, ou seja, pior funcionalidade. Resultados semelhantes foram encontrados por Dias (2005), numa amostra de 137 mulheres com diagnóstico de cancro de mama, 59,72% das pacientes tiveram que se afastar do trabalho devido à cirurgia.

Em termos de qualidade de vida, face ao exposto as mulheres em estudo consideraram em média a sua qualidade de vida “nem boa nem má”, manifestando insatisfação média (2,58) na saúde. O estudo de Canavarro e colaboradores (2011) com mulheres com cancro de mama demonstrou que apesar de a doença ser um acontecimento adverso que coloca em risco a qualidade de vida, as mulheres tendem a revelar um padrão de funcionamento psicossocial normal. Outro estudo desenvolvido nos Estados Unidos, com 258 mulheres, das quais 109 fizeram mastectomia com reconstrução, 45 mastectomia sem reconstrução e 104 cirurgia conservadora, avaliou-se a qualidade de vida em cinco momentos: no pré-operatório e após 1, 6, 12 e 24 meses após a cirurgia (Parker et al., 2007). Os resultados da qualidade de vida no pré-operatório das mulheres que fizeram mastectomia eram mais baixos do que as que fizeram cirurgia conservadora, sendo que com o passar do tempo, principalmente, no último momento da avaliação os resultados eram muito semelhantes. À semelhança, a investigação desenvolvida em Taiwan, por Shi e colaboradores (2011) empregando um método idêntico, onde participaram 173 mulheres que responderam aos questionários em três momentos: no pré-operatório e ao final do primeiro e do segundo ano de follow-up, verificaram que a qualidade de vida de todos os grupos melhorou com o passar do tempo e o grupo submetido a cirurgia conservadora teve resultados mais elevados.

Os dados obtidos através do questionário WHOQOL-BREF e DASH mostraram que quando os resultados de um aumenta o do outro diminui, ou seja, quanto maior incapacidade menor a qualidade de vida. Durante as várias fases da doença, muitas mulheres deixam de realizar as suas atividades da vida diária, os seus cuidados pessoais como também os cuidados voltados para os familiares e muitas deixam como já foi referido os seus empregos durante o período de tratamento. Todas estas questões podem levar as mulheres a sentirem-se incapazes ou fracassadas, o que se reflete automaticamente num desempenho de papel ou função física menos eficiente e numa pior qualidade de vida (Fangel, Panobianco, Kebbem, Almeida, & Gozo, 2013).

Os estudos de Avis, Crowford & Manuel (2005) afirmam que o afastamento do trabalho foi um dos fatores que interferiram negativamente na avaliação da qualidade de vida destas mulheres. Entende-se que um dos fatores que poderá contribuir para isso será o rompimento com o trabalho remunerado devido à doença, que geralmente apresenta uma queda na renda familiar e que pode levar à sensação de impotência profissional. Corroborado com esta análise, as inquiridas neste trabalho, quando confrontadas com o fato de se sentirem menos capazes, confiantes e úteis por causa do braço/ombro/mão, 54% delas concordaram com essa afirmação.

Face à mudança causada pelo diagnóstico e pelos efeitos secundários dos tratamentos é importante reagir de forma a integrar todas as mudanças e fazer face a todos os desafios que vão surgindo, as estratégias de coping são as ferramentas que cada uma utilizará para tentar superar cada obstáculo. Estudos indicam que existem estratégias de coping mais eficazes que outras. Neste estudo, verificou-se as grandes categorias do coping mais utilizadas pelas participantes foram as estratégias de evitamento (1,44), de seguida as focadas nas emoções (1,35) e por último as focadas no problema (0,85). Em particular, observou-se um maior recurso às estratégias como: o coping ativo (1,85), suporte social e emocional (1,89), negação (1,87), desinvestimento comportamental (1,75) e o uso de substâncias (1,90). Gonçalves (2014) no seu estudo com 43 mulheres obteve resultados mais elevados no coping religião e aceitação e menos elevados, no uso de substâncias, o desinvestimento, a autoculpabilização e o suporte instrumental. Os resultados tradutores de respostas menos ativas do presente estudo poderá estar relacionado com a fase de adaptação da mulher à doença, já que 40,7% desta amostra (n=61) foram intervencionadas no período de 2011 a 2015. Estas estratégias de evitamento, como o coping negação segundo Patrão & Maroco (2008) tendem a diminuir com o tempo passando a prevalecer as estratégias focadas no problema como o coping de aceitação, por outro lado o recurso às estratégias de evitamento, ou seja, ao coping desinvestimento comportamental e o uso de substâncias poderão estar relacionados com uma resposta mal-adaptada e pior prognóstico da doença (Costa & Patrão, 2009).

Neste estudo observou-se que as mulheres que recorreram a estratégias de coping como religião, expressão de sentimentos e aceitação obtiveram melhores resultados de

funcionalidade. Verificamos que na nossa amostra, as mulheres não se limitam a recorrer a estratégias de uma categoria, mas sim das três grandes categorias de coping, o que pode estar associado ao momento e as circunstâncias de como vivenciam a sua doença. Alguns autores salientam que as estratégias de coping mais eficazes são as que refletem a aceitação do cancro e são seguidas de estratégias que visam responder às problemáticas relacionadas com a doença e às suas consequências, de forma realista (Rowland, 1989; Varela & Leal, 2007). Outros estudos defendem também que os estilos de coping mais ativos estão associadas a respostas mais adaptadas sendo preditores de um prognóstico mais favorável (Friedman et al., 2006; Lechner, Carver, Weaver & Phillips, 2006), o que poderá também explicar os melhores níveis de funcionalidade do membro superior. Em termos de qualidade de vida conclui-se que as mulheres que utilizavam preferencialmente estratégias focadas nas emoções eram as que tinham piores resultados nas várias dimensões da qualidade de vida segundo o questionário WHOQOL-BREF, sendo que as que recorreram a estratégias focadas no problema ou as de evitamento foram as que revelaram melhores resultados em todos os domínios.

Em suma, neste estudo foi possível caracterizar a funcionalidade do membro superior das mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama através da avaliação do mesmo nos parâmetros da goniometria ombro-cotovelo, força muscular e perimetria e pela aplicação do questionário DASH, conseguiu-se ainda, inferir sobre as estratégias de coping mais utilizadas segundo questionário Brief- COPE, bem como, sobre a percepção de qualidade de vida destas mulheres mediante recurso ao instrumento WHOQOL- BREF. Esta avaliação global permitiu identificar necessidades que deverão merecer uma intervenção adequada e atempada por parte de uma equipa multidisciplinar, nomeadamente dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

4. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

Cabe agora, tecer as considerações finais, resumindo dados abordados nos capítulos anteriores.

A evidência científica de que o cancro da mama é um grave problema da saúde da mulher, com implicações na sociedade é consistente e consensual. Tornam-se assim fulcrais as intervenções no âmbito das consequências inerentes à cirurgia e às demais opções terapêuticas com impacto na vida da mulher, traduzindo-se certamente em ganhos em saúde.

A amostra deste estudo é composta por 150 mulheres com as seguintes características:

- Idade média 57,2 anos; 50,7% possuem ensino básico; 76,7% está casada ou em união de fato; 86,7% vive com o cônjuge e com outros familiares, 41,3% estão empregadas e 60% alteraram a sua situação profissional por causa da doença e 79,3% das mulheres vive em meio urbano;
- Fatores de risco pessoal salienta-se a história familiar de cancro e de cancro da mama, bem como o uso de contraceção hormonal oral;
- Foram mastectomizadas 51,4%, sendo que 76,7% fizeram também esvaziamento axilar, 20,7% optou por fazer reconstrução mamária, 65,3% das intervenções recaíram sobre a mama direita, tendo o lado direito o dominante em toda a amostra, 40,7% das mulheres foram operadas entre o ano 2011 a 2015;
- Nenhuma das mulheres referiu ter problemas no membro superior antes da cirurgia, 50,7% frequentaram programa de reabilitação e todas elas consideraram benéfico esse apoio.

Após cruzamento das variáveis sociodemográficas e clínicas, avaliação do membro superior (goniometria da amplitude do movimento do ombro-flexão, extensão e abdução e cotovelo- flexão e extensão; força muscular-preensão palmar e digital e perimetria) aplicação dos questionários DASH, WHOQOL- BREF e Brief- COPE podem inferir-se as seguintes conclusões:

- Mulheres que vivem sozinhas, no meio urbano, as empregadas e as que tiveram de alterar a sua situação profissional, tal como mulheres com IMC elevado, operadas mais recentemente e à mama direita, submetidas a mastectomia radical e a reconstrução mamária, e as que integraram programas de reabilitação, apresentam valores resultantes da aplicação do questionário DASH de maior incapacidade;
- Alterações da amplitude de movimento do ombro e cotovelo associaram-se às habilitações literárias, alteração da situação profissional, IMC, ano da operação, lado da intervenção cirúrgica e tipo de cirurgia;
- Mulheres com alteração na amplitude do movimento apresentam resultados mais elevados, segundo questionário DASH, ou seja, apresentam maior incapacidade;
- A presença de linfedema está significativamente associada à alteração da situação profissional, ao IMC, prevalência nas mulheres com excesso de peso; ano da operação, maior incidência nas mulheres operadas entre 2011 e 2015; tipo de cirurgia, mulheres submetidas a mastectomia radical e à reconstrução mamária;
- Os resultados obtidos através do questionário WHOQOL- BREF e DASH mostraram que mulheres com maior incapacidade apresentam menor qualidade de vida;
- Mulheres que recorreram a estratégias de coping focadas no problema ou as de evitamento têm melhores resultados de funcionalidade do membro superior e melhor qualidade de vida;
- Mulheres que utilizaram preferencialmente estratégias de coping focadas nas emoções foram as que tiveram piores resultados nos vários domínios da qualidade de vida avaliados.

Face ao exposto torna-se evidente a necessidade de um acompanhamento especializado para as mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, sendo premente que se desenvolvam esforços, que se criem parcerias para que emerja um projeto de reabilitação capaz de estar à altura de colmatar as limitações e expectativas sentidas. É preciso traçar um caminho que nos leve com a máxima brevidade e performance possível a almejar a recuperação da autonomia e da auto confiança, capaz de restituir a

cada mulher o seu papel de Mulher, Mãe, Filha, Avó com voz e participação ativa no seio familiar e na comunidade.

O presente estudo reveste-se de dupla importância: por um lado, o sentimento de mais uma tarefa concluída e, por outro, a vontade de trabalhar com mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama. A implementação de um programa de reabilitação que tenha por base a mulher, a sua família, o meio onde está inserida será o pilar para se conseguirem ganhos efetivos em saúde. Conhecer algumas das relações entre as várias variáveis em estudo mostrou que não se pode dissociar a parte física da psicológica e vice-versa e portanto o profissional de saúde deve estar atento e fomentar o trabalho em equipa multidisciplinar, na qual as competências de cada um potenciam o desempenho do todo.

Relativamente à presente investigação é fundamental considerar as limitações inerentes ao processo de amostragem não probabilística e ao tipo de estudo observacional transversal, não permitindo a extrapolação dos resultados. Contudo, é de salientar a pertinência desta investigação, que permitiu um diagnóstico da funcionalidade do membro superior, qualidade de vida e estratégias de coping nas mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama.

Os resultados obtidos nesta investigação poderão ser também, o motor para a realização de novos estudos específicos às problemáticas observadas, podendo-se optar por estudos observacionais longitudinais, com a aplicação de programas de intervenção e respetiva avaliação, que permitam melhorias na funcionalidade do membro superior e consequentemente na qualidade de vida. Perante a preocupante incidência de novos casos de cancro de mama é também importante que sejam realizados mais estudos nesta área que identifiquem lacunas e carências na assistência prestada.

Com empenho ultrapassamos as dificuldades inerentes ao processo de investigação e conseguimos alcançar os objetivos delineados para o presente estudo. Esta etapa académica apresenta-se, não como um fim alcançado, mas como mais um passo no percurso académico e profissional.

BIBLIOGRAFIA

- Abdalla, I.M., & Brandão, M. C. F. (2005). FORÇA DE PREENSÃO PALMAR. In: MANUAL de recomendações para avaliação do membro superior. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Terapeutas da Mão.
- Albert, U.S., Koller, M., Kopp, I., Lorenz, W., Schulz, K., & Wagner, U. (2006). Early self reported impairments in arm functioning of primary breast cancer patients predict late side effects of axillary lymph node dissection: results of a population- based cohort study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 3, 285-292
- Alegance, F.C., Souza CB., & Mazzei R. L. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*,56 (3),341-51. 2.
- Associação Portuguesa Dos Enfermeiros de Reabilitação (2010) – Contributos Para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Acedido em: 10 maio 2016 http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf
- Amâncio, V., Santana, N., & Costa, S. (2007). Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21 (1), 41-53.
- Amaral, A. & Moreira, H. (2009). Qualidade de Vida e Ajustamento Psicossocial em Mulheres com Possibilidade de Diagnóstico e recentemente Diagnosticadas com Cancro da Mama. *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos*.Faro: Universidade do Algarve,475-485.
- Amaral, Teresa F., Mendes , J., & Azevedo , A. (2013). Força de preensão da mão – quantificação, determinantes e utilidade clínica. *Arq Med, Porto*, 27(3).
- American Cancer Society. (2016). Breast Cancer. Consultado a 20 de novembro, 2016. Disponível em <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003090-pdf.pdf>

- Amorim, C. M. B. F. (2007). *Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Porto: Universidade do Porto. Tese de Doutorado em Ciências de Enfermagem.
- Assis, H.A. (2013). Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. *J Thorac Dis*,5(1),S2-S8.
- Avis, N., Crawford, S., & Manuel, J. (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3322-3330.
- Bani, A., Fasching, A., Lux, M., Rauh, C., Willner, M., Eder, I., Loehberg, C., Schrauder, M., Beckmann, W., & Bani, R. (2007). Lymphedema in breast cancer survivors: Assessment and information provision in a specialized breast unit. *Patient Education and Counseling*, 66, 311 – 318.
- Baracho, E., Almeida, M. B. A., Guimarães, T. A. (2007). A importância da Fisioterapia durante o climatério e terceira idade. *Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, 4,465-472.
- Batiston, A. P., & Santiago, S.M. (2005). Fisioterapia e complicações físico-funcionais após o tratamento cirúrgico de câncer de mama. *Fisioterapia e Pesquisa*. Brasil, 12(3):30-5.
- Bergmann, A. (2006). Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. *Revista Brasileira de cancerologia*.52(1), 97- 109.
- Bergmann, Anke, Medina, Julia de Mello Ramirez, & Fabro, Erica Alves Nogueira (2015). Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro 37 (9).
- Bervian, P.I., & Girardon-Perlini, N.M.O. (2006) - A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 52 (2),121-128.

- Billings , A. G. , & Moos , R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events . *Journal of Behavioral Medicine* ,4,139 - 157
- Burckhardt, C.S., & Jones K.D. (2005). Effects of chronic widespread pain on the health status and quality of life of women after breast cancer surgery. *Health Qual Life Outcomes* 3,30.
- Blunt C., & Schmiedel, A. (2004). Some cases of severe post-mastectomy pain syndrome may be caused by an axillary haematoma. *Pain* 108,294-296.
- Bregagnol, R.K.,& DIAS, A.S. (2010). Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 56 (1), 2-33.
- Brennan J. (2001). Adjustment to cancer: cancer or personal transition? *Psychooncology*, 10(1),1-18.
- Broesen, E., Ross, L., Frederiksen, K., Thomsen, B., Dahlstrom, K., Schmidt, G., & Johansen, C. (2005). Psychoeducational Intervention for Patients With Cutaneous Malignant Melanoma: A Replication Study. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6), 1270-1277.
- Browall, M., Ahlberg K., Karlsson P., Danielson E., Persson L.O., & Gaston–Johansson F.(2008). Health–related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *Eur J Oncol Nurs*,12,180–9.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15- 23.
- Canavarro, Maria Cristina, Silva, Sónia, Bettencourt, Danielle, & Moreira, Helena. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases

da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Rev. Port. Sau. Pub.* Lisboa 29 (1).

- Camões, H.J. (2014). *A Mulher Mastectomizada- O Enfermeiro de Reabilitação na Promoção do Autocuidado*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C. S. (2005). Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, 104(11), 2602-2607.
- Cavanaugh, K.M. (2011). Effects of Early Exercise on the Development of Lymphedema in Patients with Breast Cancer Treated with Axillary Lymph Node Dissection. *Journal of Oncology Practice*, 7(2), 98-93.
- Cinar, N., Seckin U., Keskin D., Bodur H., Bozkurt B., & Cengiz, O. (2008). The effectiveness of Early Rehabilitation in Patients with Modified Radical Mastectomy. *Cancer Nursing*, 31(2), 160-165.
- Courneya, S., Segal, J., Mackey, R., Gelmon, K., Reid, D., & Friedenreich, C. (2007). Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 25(28), 4396-4404.
- Costa, A., & Patrão, I. (2009). “*Mamas de Cristal*”: sexualidade e imagem corporal em mulheres mastectomizadas. In. S. N. Jesus, I. Leal, & M. Resende (Coords) *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde: Resumos e Textos*, Faro: Universidade do Algarve, (1214).
- Costa, Ilídia M.M. (2011). *Mulheres mastectomizadas Acesso à informação e aprendizagem de capacidades*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Costa, Sónia, Jimenez, Fernando & Pais-Ribeiro, José L. (2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psic., Saúde & Doenças*,13(2), 327-339.
- Couceiro, T. C. M., Menezes, T. C., & Valênça, M. M.(2009). Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. *Revista brasileira de anestesiologia*, Rio de Janeiro, 59(3), 358-365.
- Curb, J.D., Ceria-Ulep, C.D., Rodriguez, B.L., Grove, J., Guralnik, J., Willcox, B.J., Donlon, T.A., Masaki, K.H., & Chen, R.(2006). Performance-based measures of physical function for high-function populations. *J Am Geriatr Soc*.54: 737-42.
- Damásio, António (2003). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. 14ª Edição. Publicações Europa-América.
- De Ridder, D. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372 (9634), 246-255.
- Dias, J. A., Ovando,A. C., Kulkamp, W., & Junior, N.G.B. (2010). Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, 12 (3), 209-216, 2010. [http:// dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n3p209](http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2010v12n3p209).
- Direção Geral de Saúde. (2015). Portugal Doenças Oncológicas em números 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.
- Duarte, T. P.,& Andrade, A. N.(2003) - Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. *Estudos de Psicologia*. 8 (1),155-163.
- Erickson V., Pearson, M., Ganz, P., Adams, J., & Kahn, K. (2001). Arm Edema in Breast Cancer Patients. *J Natl Cancer Inst*,93(2),96-111.
- Fangel, L., Panobianco, M., L, Kebbem., Almeida, A., & Gozzo, T. (2013). Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 93-100.

- Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro da mama: o papel do estado emocional, das representações da doença, do optimismo e dos benefícios percebidos*. Dissertação de doutoramento em Psicologia. Braga: Universidade do Minho, Braga.
- Fernandes, G. S., Calabrich, A., & Katz, A. (2009). Câncer de mama triplo-negativo: aspectos clínicos, laboratoriais e terapêuticos. *Revista Brasileira de Mastologia*, 19 (2),76-82.
- Ferreira, S., Panobianco, M., Gozzo, T., & Almeida, A. (2013). A sexualidade da mulher com câncer de mama: Análise da produção científica de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (3), 835-842.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*, 3rd ed. Sage, London.
- Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P., & Bloom, J. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 579-594.
- Freitas-Júnior, R., Esperidião, M.D., Holanda, M.E., Esperidião, A.C., & Godoy, C.S. (2005). Severe erysipelas after treatment for breast cancer. *Breast J*,11(1),76-7.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., & Liscum, K.(2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Fu, M., & Rosedale, M. (2009). Breast Cancer Survivors Experiences of Lymphedema-Related Symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 849-59.
- Gilbert, J., & Mortimer, P. (2001).Current views on the management of breast cancer related lymphoedema. *CME BREAST*, 1(1),14-17.

- Giacon, F.P., Peixoto, B.O., Kamonseki, D.H., & Neto, L.F.S. (2013). Effects of physical therapy treatment in post-operative breast cancer on muscular strength and range of motion of shoulder. *J Health Sci Inst.* 31(3),316-9
- Gois, M.C. (2012). Amplitude de movimentos e medida de independência funcional em pacientes mastectomizadas com linfadenectomia axilar. *Revista Ciênc Méd,* Campinas, Brasil, 21 (1-6), 111-118.
- Gonçalves, André Leite (2014). *Satisfação Sexual e Coping em Mulheres Mastectomizadas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Braga: Universidade Católica Portuguesa de Braga.
- Gümus, A., & Çam, O. (2008). Effects of Emotional Support-Focused Nursing Interventions on the Psychosocial Adjustment of Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 9(4), 691-697.
- Haddad, C. A. S. (2013). *Avaliação da postura e dos movimentos articulares dos membros superiores de pacientes pós-mastectomia e linfadenectomia*. Einstein, São Paulo, 11(4), 426-434.
- Hamner, J., & Fleming, M. (2007), Lymphedema Therapy Reduces the Volume of Edema and Pain in Patients with Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(6), 1904 – 1908.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U., & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 282(1), 75-82.
- Harriger, J., Calogero, R., Witherington, D., & Smith, J. (2010). Body size stereotyping and internalization of the thin ideal in preschool girls. *Sex Roles*, 63(9-10), 609-620.
- Harrington, S., Padua, D., Battaglini, C., Michener, L., Giuliani, C., Myers, J., & Groff, D.(2011). Comparison of shoulder kinematics, flexibility, strength, and function

between breast cancer survivors and healthy participants, *J Cancer Surviv.*, 5(2),167-74.

Harris, S. R. (2012). Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation:syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer, Hoboken*, 118(8), 2312-2324

Hayes, S. C. (2012).Upper-body morbidity after breast cancer. *Cancer, Hoboken*, 118 (8), 2237-2249.

Helgeson, V.S., & Tomich, P.L. (2005).Surviving cancer: a comparison of 5–year disease–free breast cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*, 14,307–17.

Howard-Anderson, J., Ganz, P., Bower, J., & Stanton, A. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(5), 386-405. doi: 10.1093/jnci/djr541.

International Agency for Research on Cancer (IARC), consultada a 5 de janeiro de 2016,em <http://www.iarc.fr/>.

Jammal, M.P., Machado, A.R.M., Rodrigues, L.R. (2008) - Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. São Paulo: *Revista O Mundo da Saúde*. Brasil, 32(4),506-510.

Jemal, A., Bray, F., Center, M.M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D.(2011). Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 61(2), 69-90.

Johansson, K., Ohlsson, K., Ingvar, C., Albertsson, M., & Ekdahl, C.(2002). Factors associated with the development of arm lymphedema following breast cancer treatment: a match pair case-control study. *Lymphology*, 35,59-71.

Jung, B.F., Ahrendt, G.M., & Oaklander, A.L.(2003). *Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update*. *Pain*, 104,1-13.

- Kadmon, I., Ganz, F., Rom M., & Wruble, W. (2008) Social marital and sexual adjustment or Israeli men wives were diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 35,131-135.
- Kann, A. M. (1995). *Coping with fear and grieving*. In I. M. Lubkin (Ed.), London, Chronic Illness: Impact and interventions: 241-260.
- Katz, J., Poleshuck, E.L., & Andrus, C.H.(2005). *Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery*. *Pain*, 119,16-25.
- Kehlet, H., Jensen, T.S., & Woolf, C.J. (2006). Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*, 367,1618-1625
- King, M.T., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., & Boyages, J. (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Qual Life Res.*,9,789–800.
- Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. Pennsylvania: *Templeton Foundation Press*.
- Kosir, M.A., Rymal, C., Koppolu, P., Hryniuk, L., Darga, L., & Du, W. (2001). Surgical outcomes after breast cancer surgery: measuring acute lymphedema. *J Surg Res*. 95(2),17-51.
- Kleiboer, A., Bennett, F., Hodges, L., Walker, J., Thekkumpurath, P., Sharpe, M. (2011). The problems reported by cancer patients with major depression. *PsychoOncology*, 20(1), 62-68.
- Knobf, M.T. (2007). *Psychosocial responses in breast cancer survivors*. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-83.
- Kwan, W., Jackson, J., Weir, L.M., Dingee, C., Mcgregor, G., & Olivotto, I.A. (2002). Chronic arm morbidity curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *J Clin Oncol*, 20(20),42-8

- Lacomba, M.T., Sanchez, M.J.Y., Goñi, A.Z., Merino, D.P., Del Moral, O.M., & Tellez, E. C. (2010). Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphoedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, clinical trial. *BMJ*, 340, 5396.
- Laço, Associação de Luta Contra o Cancro da Mama, consultada em 10 de outubro de 2016, em laço.pt/cancro-mama/prevenção-riscos/fatores-de-risco.
- Lahoz, M. A., Nyssen, S.M., Correia, G.N., Garcia, A.P., Driusso, P. (2010). Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pósmastectomizadas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 56 (4), 423-430.
- Lazarus, R. S. (1993). "Why We Should Think of Stress as a Subset of Emotion", in L. Goldberg and S. Brednitz (Eds), *Handbook of Stress, Theoretical and Clinical Aspects*, New York: Free Press, 21-39.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leal, N. et al. (2009). Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 5(17).
- Lechner, S, Antoni, M., Carver, C, Weaver, K., & Phillips, K. (2006). Curvilinear Associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 828-840.
- Lelis, C. M. (2014). *Avaliação da força de prensão digital em trabalhadoras de enfermagem*. Biblioteca Digitais de Teses e Dissertações da USP <http://biblioteca.posgraduacaoredentor.com.br/link/?id=2393062> doi: 10.11606/D.22.2014.tde-03022015-104512
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2016). Cancro de mama. Consultado a 30 de Julho, 2016. Disponível em <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>

- Lima, A., Batista, K., & Junior, N. (2013). *A ideologia do corpo feminino perfeito: Questões com o real*. *Psicologia em Estudo*, 18(1), 49-59.
- Maia, R.F. & Silva, R.C. (2009). A privacidade do cliente em terapia intensiva e as implicações para a prática de enfermagem. *Journal of Nursing UFPE on line*, 3(4), 365- 373. doi:10.5205/01012007.
- Macip, S. (2013). *Cancro: Conhecer, Confortar, Vencer*. ISBN:9789896682064. Bertrand.
- Manganiello, A. (2009). Sexuality and quality of life of breast cancer patients post-mastectomy; *European Journal of Oncology Nursing* 15,167-172.
- Malak, A. & Gümüş, A.(2009). Nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*,10 (1), 173-176.
- Marques, Amélia Pasqual. (2014). *Manual de Goniometria*. Edições Manole, 3ª Edição.
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A.K., & Kouskos, E.(2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of International Medical Research*, Northampton, 37(1), 182-188.
- Melo, M. C. B., Barros, E. N., Campello, M. C. V. A., Ferreira, L. Q. L., Rocha, L. L. C., Silva, C. I. M. G, & Santos, N. T. F. (2012). O funcionamento familiar do paciente com câncer. *Psicologia em Revista*, 18 (1), 73-89.
- Mendes, Aida Cruz (2002). *Stress e Imunidade: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Edições Formasau. ISBN: 972-8485-23-9.
- Meeske, K.A., Sullivan-Halley, J., Smith, A.W., McTiernan, A., Baumgartner, K.B., & Harlan, L.C.(2009). Risk factors for arm lymphedema following breast cancer diagnosis in black women and white women. *Breast Cancer Res Treat*, 113(2), 383 -91.

- Meisel, J., Domchek, S., Vonderheide, R., Giobbie-Hurder, A., Lin, N., Winer, E., & Partridge, A. (2012). Quality of life in long-term survivors of metastatic breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 12(2), 119-126. doi: 10.1016/j.clbc.2012.01.010.
- Moore, K.L., & Dalley, A.F. (2001). *Anatomia Orientada para a Clínica*, 4 Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogam,590-742.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A.(1993). *Coping resources and processes: Current concepts and measures*. In: Goldberger L, Breznitz S, editors. Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. 2. New York: Free Press:234– 257.
- Moura, Maria de Jesus & Patrão, Ivone (2011). *O amor dentro do meu peito- Viver com cancro da mama a mulher e a família*. Editora Planeta.
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W., Van de Poll, & Franse, L.V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer*, 41, 2613 – 2619.
- Mukherjee, S. (2012). *O imperador de todos os males- Uma bibliografia do cancro*. Edições Bertrand.
- Murtie, N., Campbell, A., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., & Lee, L. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 1 - 7
- Mustian, K. M., Katula, J. A., & Gill, D. L. (2005). Exercise:Complementary Therapy for Breast Cancer Rehabilitation; The Haworth Press, ANZ Journal of Surgery, 75(11), 940-947.
- Nascimben, M.C., & Guirro, E.C.O. (2011).Change in blood flow velocity demonstrated by Doppler ultrasound in upper limb after axillary dissection surgery for the treatment of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 127(3),697-704.
- Nesvold, I.L. (2008). Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. *Acta Oncológica*. 47,835-842.

- Nordin, K., & Glimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer: Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognosis. *Psychooncology*, 7, 413-423.
- McNeely, M. L., Campbell, K., Ospina, M., Rowe, B. H., Dabbs, K., Klassen, T. P., Mackey, J., & Courneya, K. (2010). Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16 (6).
- Odgen, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama. Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2010*. Consultado a 12 de maio de 2016. Disponível em: http://www.Ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Loures: Lusiciência.
- Pais Ribeiro, J. L. & Rodrigues A. P. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de Adaptação do BRIEF COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 3-15 (Tradução e adaptação da versão original reduzida em língua inglesa COPE). Carver, Scheier, e Weintraub, 1989.
- Pais-Ribeiro, José Luís. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Paiva, D. M. F. (2011).. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, Rio de Janeiro, 33(2), 75-80.

- Parker, P., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E., Wei, Q., & Robb, G. (2007). Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Parkin, D.M. (2011). The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Summary and conclusions. *Br J Cancer*.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). *Uma questão de “benefit finding”?. O impacto emocional do cancro de mama*. In I. Leal, J. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Intervenção em psicologia da saúde: Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (279-515)*. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Patrão, I., Leal, I. & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). *Psychology, Community & Health*, 1 (1), 33-55.
- Patrão, I. & Moura, M. J. (2012). *O amor dentro do meu peito. Viver com cancro da mama. A mulher e a família*. 1º Ed. Planeta.
- Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: FORMASAU.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N.K., Møller, S., Groenvold, M., & Christiansen, P.(2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Res Treat*, 104, 39 – 46.
- Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Petito, E. L., & Gutiérrez, M. G. R. (2008). Elaboração e Validação de um Programa de Exercícios para Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (3), 275-287.

- Petito, E.L., Nazário, A.C.P., Martinelli, S.E., Facina, G., & Gutiérrez, M.G.R. (2012). Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. *Rev. Latino-AM. Enfermagem*, 20(1).
- Purushotham, A.D., Britton, T.M., Klevesath, M.B., Chou, P., Agbaje, O.F., & Duffy, S.W.(2007). Lymph node status and breast cancer-related lymphedema. *Ann Surg*, 246,42-45.
- Ramos, A.S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Razavi, D., & DELVAUX, N. (2002). *Psycho-oncologie: Le cancer, le malade et sa famille*. 2^a édition. Masson, Paris. ISBN: 2-294-00471-X e ISSN:0398-6756.
- Rett, M.T., Mesquita, P.J., Mendonça, A. R.C., Moura, D. P., & Santana, J. M. (2012). A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. *Rev Dor. São Paulo*,13 (3),201-207.
- Rett, M. T., Mesquita, P.J., Mendonça, A. R.C., Moura, D. P., & Santana, J. M.(2013). Efeito da fisioterapia no desempenho funcional do membro superior no pós-operatório de câncer de mama. *Revista Ciência & Saúde*, 6(1),18-24.
- Rezende, L.F., Rocha, A.V.R., & Gomes, C.S.(2010). Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. *J Vas Bras*,9(4),233-8.
- Ribeiro, J.L.P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.^a ed.). Porto: Legis/Livpsic
- Ribeiro, A. F., & Souza, C. A. (2010). *O cuidador familiar de doentes com câncer*. Arquivos de Ciências da Saúde, 17 (1), 22-27.
- RIMAS- Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (2016). Consultado em janeiro 2016. Disponível em <http://rimas.uc.pt/>

- Rowland, J.H., & Baker, F.(2005). Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*,104(1),2543–2548.
- Rowland, J. H. (1989). Developmental stage and adaptation: adult model. In J. C. Holland, & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: Psychological care of patient with cancer*. New York: Oxford University Press,25-43.
- Salgado, Nuno Filipe de Oliveira Gil. (2011). A História Oncológica do Doente. *Onco.News*,18, 23-32.
- Sampaio, Jorge. (2012).*O amor dentro do meu peito- Viver com cancro da mama a mulher e a família*. Editora Planeta.
- Sant’anna, D.K., Almeida, V., Petito, E.L., Gutiérrez, H.G. (2010). Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer da mama: revisão da literatura. São Paulo.*Ciência e Enfermagem XVI* (1), 97 -104.
- Santos, C. (2004). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Porto, Porto.
- Santos, S.F. (2013). *Contributo de um Programa de Reabilitação na Transição da Mulher Mastectomizada*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Santos, J., & Gonçalves, R.S. (2005). Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand – DASH. *Rev Port Ortop e Traumatol*,14(3),29–44.
- Santos, D.B., & Vieira, E.M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura *Ciênc. Saúde colectiva*, Rio de Janeiro,16 (5).
- Sarkissyan, M., Wu, Y. & Vadgama J. (2011) Obesity is associated with breast cancer in African-American Women But Not Hispanic Women in South Los Angeles, *Cancer*, 117(16), 3814-3823.

- Sawyer, S., Mitchell, G., McKinley, J., Chenevix-Trench, G., Beesley, J., Chen, X. Q., & James, P. A. (2012). A role for common genomic variants in the assessment of familial breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(35), 4330-4336.
- Saxton, J., & Daley, A. (2010). Exercise and Cancer Survivorship Impact on Health Outcomes and Quality of Life. *New York: Springer*.
- Sequeira, A.M.T. (2014). *Reabilitação Funcional Precoce do Membro Superior na Mulher Mastectomizada*. Revisão Sistemática da Literatura. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Silva, M.P., Derchair, S.F., Rezende, L., Cabello, C., Martinez, E.Z. (2004). Movimento do Ombro após Cirurgia por Carcinoma Invasor da Mama: Estudo Randomizado Prospetivo. *Revista Brasileira Ginecol.Obstet.*,26 (2).
- Silva, S. H., Espindola, L.C., Sehnem, E., & Grave, M.T.Q. (2014). Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. *Fisioter Pesq.* 21(2):180-185. doi: 10.1590/1809-2950/68121022014.
- Sendersky, V., Gause, D., Sung J., & Durham, N.C. (2002). Comparison of psychosocial status in patients with breast cancer and patients with other oncology diagnoses. *Breast Cancer Research and Treatment*. 76, 552-552.
- Sousa, E., Carvalho, F.N., Bergmann, A., Fabro, E.A.N., Dias, R.A., & Koifman, R.J. (2013). Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro, 59 (3), 409-417.
- Souza, J., & Araújo, T. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia*, 27 (2), 187-196.
- Swisher, A.K. (2011). Are physical therapists in West Virginia prepared to manage the rehabilitation needs of women following modified radical mastectomy for breast cancer? *Rehabilitation oncology*.

- Schneider, C. (2007). *Cancer treatment-induced alternations in muscular fitness and quality of life: the role of exercise training*. *Annals of Oncology*, Viganello-Lugano, 18, (12), 1957-1962.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermland, M.J., & Ruland, C.M. (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer: data from a year follow-up study compared with the general population. *Qual Life Rev*, 14, 1813-1823.
- Schroevers, M., Ranchor, A.V., & Sanderman, R. (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Soc Sci & Med*. 63, 598-610.
- Shamley, D.R. (2007). Changes in shoulder muscle size and activity following treatment for breast cancer. *Breast Cancer Research Treatment*, Boston, 106, 19- 27.
- Shi, H., Uen, Y., Yen, L., Culbertson, R., Juan, C., & Hou, M. (2011). Two-year quality of life after breast cancer surgery: a comparison of three surgical procedures. *European Journal of Surgical Oncology*, 37(8), 695-702.
- Shyam- Kumar A., Parmar V., Ahmed S., Kar S., & Harper W. (2008). A study of grip endurance and strength in different elbow positions. *J Orthop Traumatol* ;9(4): 209- 11.
- Strayer, D. A., & Caple, C. (2012). *Breast Cancer in Women: the Effect on the Family*. Cinahl Information Systems (Glendale, California), 6 (2).
- Stumm, E. M. F., Maçalai, C., Leite, M. T., & Loro, M. M. (2009). Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 19(3), 108-114
- Serra, Miguel Nunes (2005). *Aprender a ser Doente*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-93-2.

- Tiezzi, Daniel Guimarães. (2010). Breast cancer: a future challenge for health systems in developing countries, *Rev Bras Ginecol Obstet.* 32(6), 257-259.
- Thuler, Luiz Claudio. (2003). Considerations on the prevention of female breast cancer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(4), 227-238.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Griffith, K. A., Riba, M. B., & Schwartz, J. L. (2003). Cognitivebehavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. *Cancer*, 98(4), 854-864.
- Tsai, R.J., Dennis, L.K., Lynch, C.F., Snetselaar, L.G., Zamba, G.K., & Scott, Conner. (2009). The risk of developing arm lymphedema among breast cancer survivors: a meta-analysis of treatment factors. *Ann Surg Oncol.* 16(7),1959-1972.
- Vara, N. (2014). *Bournout, emoções, coping e satisfação profissional em bombeiros*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Porto: Faculdade de Ciências de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Varela, M. & Leal, I. (2007). *Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama*. *Análise Psicológica*, 3 (25), 479-48.
- Varricchio, C., & Ferrans, C. (2010). *Quality of life assessments in clinical practice*. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(1), 12-17. doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.003
- Van der Steeg, A.F., De Vries, J., & Roukema, J.A.(2008). The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *Eur J Surg Oncol.* 34,1225–1230.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., & Quartilho, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 31-40.
- Veiga, D., Campos, F., Ribeiro, L., Archangelo Jr, I., Filho, J., Juliano, Y., Neto, M., & Ferreira, L. (2010). Mastectomy versus conservative surgical treatment: the

- impact on the quality of life of women with breast cancer. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 10(1), 51-57.
- Velloso, F. S., Barra, A. A., & Dias, R. C. (2011). Functional performance of upper limb and quality of life after sentinel lymph node biopsy of breast cancer. *Revista brasileira de fisioterapia*, São Carlos, 15(2) 146-153.
- Vieiros, I., Nunes, R., & Martins, F., (2007). C,omplicações da Mastectomia – Linfedema do Membro Superior. *Acta Med Port*, 20, 335-340.
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. (1999). Influence of Psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *The Lancet*, 354(16), 1331-1320.
- Webb, J., Warren-Findlow, J., Chou, Y., & Adams, L. (2013). Do you see what I see?: An exploration of inter-ethnic ideal body size comparisons among college women. *Body Image*, 10(3), 369-379.
- White, C. (2006). Body Image Dimensions and Cancer: a Heuristic Cognitive Behavioral Model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56
- WHOQOL Group.(1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41,1403-9
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 46(12), 1569-1585.

ANEXOS

Anexo I- Instrumento de Colheita de Dados

Parte I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____

2. Estado Civil:

Solteira.....

Casada ou em União de Facto.....

Viúva.....

Divorciada ou Separada.....

3. Habilitações Literárias:

Ensino Primário.....

Ensino Secundário.....

Ensino Básico.....

Ensino Superior.....

4. Situação Profissional:

Reformada.....

Desempregada.....

Empregada.....

4.1. Alterou a sua situação profissional por causa do seu problema de saúde:

Não.....

Sim.....

5. Vive:

Sozinha.....

Com o cônjuge.....

Outros Familiares.....

6. Local de Residência:

Urbano.....

Rural.....

• **FATORES DE RISCO PESSOAIS**

1. Filhos:

Não.....

Sim.....

1.1. Se respondeu **SIM primeiro FILHO depois dos 30 anos:**

Não.....

Sim.....

1.2. Se respondeu **SIM Amamentou:**

Não.....

Sim.....

	NÃO	SIM		
2. Menarca Precoce (8anos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Menopausa Tardia (>55anos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Uso de Contraceção Hormonal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Uso de Terapêutica Hormonal de Substituição.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Consumo de Álcool.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Hábitos Tabágicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Pratica Exercício Físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. História Familiar Cancro Mama.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. História de Nódulos Benignos da Mama.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Historia Familiar Cancro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Problemas de Saúde Associados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. IMC:	Baixo Peso	Normal	Excesso Peso	Obesidade
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **CIRURGIA**

1. Ano da cirurgia mamária:

1995-2000	<input type="checkbox"/>	2006-2010	<input type="checkbox"/>
2001-2005	<input type="checkbox"/>	2011-2015	<input type="checkbox"/>

2. Intervenção cirúrgica:

Mama Direita.....

Mama Esquerda.....

3. Tipo de Cirurgia:

Tumorectomia.....

Quadrantectomia com esvaziamento axilar.....

Mastectomia Simples.....

Mastectomia Radical.....

4. Lado Dominante

Direito

Esquerdo.....

5. Reconstrução Mamária:

Não.....

Sim.....

6. Tratamento Oncológico:

	Radioterapia	Quimioterapia	Hormonoterapia	Imunoterapia
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tinha algum problema (antes da cirurgia) no membro superior (lado operado) que lhe limitasse a funcionalidade:

Não.....

Sim.....

7.1. Se respondeu SIM considera que a cirurgia agravou essa limitação:

Não.....

Sim.....

8. Reabilitação:

Não.....

Sim.....

8.1. Se respondeu SIM considera que foi uma mais-valia para a sua recuperação:

Não.....

Sim.....

Parte II

• AVALIAÇÃO OBJETIVA DO MEMBRO SUPERIOR

1. Avaliação com Goniometria:

Ombro	Lado Operado	Lado Contralateral
FLEXÃO		
EXTENSÃO		
ABDUÇÃO		

Cotovelo	Lado Operado	Lado Contralateral
FLEXÃO		
EXTENSÃO		

2. Perimetria:

<2cm.....

≥2cm.....

≥2,5cm.....

≥3cm.....

3.Avaliação da Força Muscular:

	Lado Lperado	Lado Contralateral
PREENSÃO MANUAL		
PREENSÃO DIGITAL		

Parte III

- **QUESTIONÁRIO DASH**

DASH

Portugal

INSTRUÇÕES

Com este questionário pretendemos conhecer os seus sintomas, bem como a sua capacidade para desempenhar determinadas actividades.

Responda, por favor, a *todas* as perguntas e, com base na sua condição física na última semana, faça um círculo à volta do número que considere mais adequado.

Se, na última semana, não teve oportunidade de desempenhar uma determinada actividade, por favor seleccione a resposta com *maior probabilidade* de ser a mais adequada.

Não importa qual a mão ou braço que utiliza para desempenhar a actividade ou o modo como a realiza. Por favor, responda apenas com base na sua capacidade para realizar a tarefa.



DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

Por favor, classifique a sua capacidade para desempenhar as actividades seguintes na última semana, fazendo um círculo à volta do número à frente da resposta adequada.

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. Abrir um frasco novo ou com tampa bem fechada.	1	2	3	4	5
2. Escrever.	1	2	3	4	5
3. Rodar uma chave na fechadura.	1	2	3	4	5
4. Preparar uma refeição.	1	2	3	4	5
5. Abrir e empurrar uma porta pesada.	1	2	3	4	5
6. Colocar um objecto numa prateleira acima da cabeça.	1	2	3	4	5
7. Realizar tarefas domésticas pesadas (por exemplo: lavar paredes, lavar o chão).	1	2	3	4	5
8. Fazer jardinagem ou trabalhar no quintal.	1	2	3	4	5
9. Fazer a cama.	1	2	3	4	5
10. Carregar um saco de compras ou uma pasta.	1	2	3	4	5
11. Carregar um objecto pesado (mais de 5 kg).	1	2	3	4	5
12. Trocar uma lâmpada acima da cabeça.	1	2	3	4	5
13. Lavar a cabeça ou secar o cabelo.	1	2	3	4	5
14. Lavar as costas.	1	2	3	4	5
15. Vestir uma camisola.	1	2	3	4	5
16. Usar uma faca para cortar alimentos.	1	2	3	4	5
17. Actividades de lazer que requerem pouco esforço (por exemplo: jogar às cartas, fazer tricô, etc.).	1	2	3	4	5
18. Actividades de lazer que exijam alguma força ou provoquem algum impacto no braço, ombro ou mão (por exemplo: golfe, martelar, ténis, etc.).	1	2	3	4	5
19. Actividades de lazer, nas quais movimenta o braço livremente (por exemplo: jogar ao disco, jogar badminton, etc.).	1	2	3	4	5
20. Utilizar meios de transporte para se deslocar (de um lugar para o outro).	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuais.	1	2	3	4	5

DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

	NÃO AFECTOU NADA	AFECTOU POUCO	AFECTOU	AFECTOU MUITO	INCAPACITOU
22. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão afectou as suas actividades sociais habituais com a família, os amigos, os vizinhos ou outras pessoas? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	NÃO LIMITOU NADA	LIMITOU POUCO	LIMITOU	LIMITOU MUITO	INCAPACITOU
23. Em que medida é que, na última semana, o seu problema no braço, ombro ou mão o limitou no trabalho ou noutras actividades diárias? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

Por favor, classifique a gravidade dos sintomas seguintes na última semana. (Faça um círculo à volta do número)

	NENHUMA	POUCA	ALGUMA	MUITA	EXTREMA
24. Dor no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
25. Dor no braço, ombro ou mão ao executar uma actividade específica.	1	2	3	4	5
26. Dormência (formigueiro) no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
27. Fraqueza no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5
28. Rigidez no braço, ombro ou mão.	1	2	3	4	5

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	TANTA DIFICULDADE QUE NÃO CONSIGO DORMIR
29. Na última semana, teve dificuldade em dormir, por causa da dor no braço, ombro ou mão? (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
30. Sinto-me menos capaz, menos confiante ou menos útil por causa do meu problema no braço, ombro ou mão. (Faça um círculo à volta do número)	1	2	3	4	5

PONTUAÇÃO DASH INCAPACIDADES/SINTOMAS = $\frac{(\text{soma de } n \text{ respostas}) - 1}{n} \times 25$, onde n é igual ao número de respostas válidas.

Não se pode calcular uma pontuação DASH se existirem mais de 3 itens não válidos.

DISABILITIES OF THE ARM SHOULDER AND HAND

MÓDULO RELATIVO AO TRABALHO (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que o seu problema no braço, ombro ou mão tem na sua capacidade para trabalhar (incluindo as tarefas domésticas, se estas forem a sua actividade principal).

Por favor indique qual a sua profissão / actividade : _____

Não trabalho. (Pode saltar esta secção).

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. fazer os movimentos que normalmente utiliza no seu trabalho?	1	2	3	4	5
2. fazer o seu trabalho habitual devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. fazer o seu trabalho tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. fazer o seu trabalho no tempo habitual?	1	2	3	4	5

MÓDULO RELATIVO A DESPORTO / MÚSICA (OPCIONAL)

As perguntas que se seguem são relativas ao impacto que tem o seu problema no braço, ombro ou mão, quando toca *um instrumento musical*, pratica *desporto* ou *ambos*. Se pratica mais do que um desporto ou toca mais do que um instrumento musical (ou ambos), responda em função da actividade que é mais importante para si.

Por favor indique qual o desporto ou instrumento musical mais importante para si : _____

Não pratico desporto, nem toco um instrumento musical. (Pode saltar esta secção.)

Faça um círculo à volta do número que melhor descreve a sua capacidade física na última semana. Teve alguma dificuldade em:

	NENHUMA DIFICULDADE	POUCA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ
1. usar a técnica habitual para tocar o instrumento musical ou praticar desporto?	1	2	3	4	5
2. tocar o instrumento musical ou praticar desporto devido a dores no braço, ombro ou mão?	1	2	3	4	5
3. tocar o instrumento musical ou praticar desporto tão bem como gostaria?	1	2	3	4	5
4. estar o tempo habitual a tocar o instrumento musical ou a praticar desporto?	1	2	3	4	5

PONTUAR OS MÓDULOS OPCIONAIS: Somar os valores atribuídos a cada resposta; dividir por 4 (número de itens); subtrair 1; multiplicar por 25. A pontuação de um módulo opcional pode não ser calculada no caso de algum dos itens não ter sido respondido.

Parte IV

- **QUESTIONÁRIO BRIEF-COPE**

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como se pode lidar com o stress que uma situação difícil, como a doença, nos provoca. Existem muitas maneiras de lidar com as adversidades, obviamente, diferentes pessoas lidam com as situações de modo diferente. Queremos que se reporte ao período que considerou ser mais complicado do seu processo de doença e assinale aquilo que fez em relação a cada item. Tente classificar cada item separadamente dos outros. Responda com uma cruz X nos espaços, como foi para si, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas:

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				

24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia: Saúde & Doenças*, 5(1),3-15

Parte V

- **QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF**

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo II- Parecer à Comissão Científica da ULSNordeste e respetiva autorização

*Teofonusa
o interessado
aluna da Prof.
para José Gomes
12-5-2016.*

Exmo. Senhor

IPB – Escola Superior de Saúde
A/c: Professor Doutor Leonel Preto
Av. D. Afonso V
5300-121 Bragança

*16 05-10 15:10 004544

Sua Referência
Proc nº 2016/00056

Sua Comunicação de
21-03-2016

Nossa Referência

Data
10-05-2016

ASSUNTO: Colaboração em trabalho de investigação

Na sequência do pedido efetuado por V. Ex.^a, referente ao Proc. acima mencionado, informo que segundo o parecer da Comissão Ética da ULSNE, é autorizado para a aluna Sonia Alexandra Nunes Sendim a recolha de dados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, desde que o acesso aos dados das utentes seja efetuado pelo responsável dos ficheiros e seja este a contactar a utente de modo a explicar o carácter do estudo e obter autorização para o investigador a contactar.

Com os melhores cumprimentos,

O Serviço de Desenvolvimento e Formação



Exmo.(o) Senhor(s)
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NOROESTE, ERS
AV. Conselho de Administração
Avenida Abade Baçal
Bragança
5300-010 Bragança

Processo n.º: 2016/00026

N.º de Registo: 2016/00026

Data de Registo: 2016-03-21

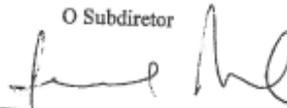
Secção: Secretariado ESSA

000123 29-03-16

Assunto: Colaboração em Trabalho de Investigação

A Escola Superior de Saúde de Bragança, solicita a V.ªs Ex.ªs autorização para que a aluna **Sónia Alexandra Nunes Sendim** do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação aplique questionário e faça consulta de dados nas unidades de saúde integrantes dessa ULS, que servirá de base à Tese de Mestrado com o tema: "Funcionalidade do membro superior e qualidade de vida na mulher submetida a cirurgia por Cancro da Mama".
Enviamos para o efeito cópia do questionário a aplicar, declaração do orientador e proposta do trabalho de projeto. Os dados fornecidos serão confidenciais e apenas analisados no âmbito científico-pedagógicos.
Com os melhores cumprimentos.

O Subdiretor



Professor Doutor Leonel Preto

Anexo III- Autorização para aplicação dos questionários DASH, Brief-COPE e WHOQOL-BREF



Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra



rimas@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 2016

Ex.ma Senhora Enfermeira,

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*). Este instrumento permite medir o impacto de uma condição de saúde na funcionalidade do membro superior; medir o impacto dos cuidados de saúde realizados por problemas no membro superior.

As condições de utilização estão definidas em <http://www.dash.iwh.on.ca>.

A validação da versão portuguesa encontra-se publicada nas seguintes referências:

- Santos, J. & Gonçalves, R.S. Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand – DASH. Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 2006. 14(3): 29-44.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://rimas.uc.pt/instrumentos/13/>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra • Portugal
Tel./Fax (+351) 239 790 507

Cara Dra. Sónia Sendim,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

P'lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,
Cláudia Melo.

Cara colega

Autorizo o uso da versão do brief COPE que traduzi e estudei para a população portuguesa

cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- <https://www.researchgate.net/profile/Jose-Pais-Ribeiro/publications>

De: Sónia Sendim [soniasendim03@gmail.com]

Enviado: terça-feira, 31 de Maio de 2016 23:13

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Autorização para aplicação do Questionário