

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
CURSO DE FISIOTERAPIA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE EM MULHRES
SUBMETIDAS À MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA À MADDEN.

MARISTELA RODRIGUES PESSOA
PATRÍCIA DA ROSA CARNEIRO

BRASÍLIA
2008

MARISTELA RODRIGUES PESSOA
PATRÍCIA DA ROSA CARNEIRO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE EM MULHERES
SUBMETIDAS À MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA À MADDEN.

Artigo científico apresentado à
disciplina de Monografia como
requisito parcial para a conclusão do
Curso de Fisioterapia no Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof. Flávia Ladeira Ventura
Dumas.

BRASÍLIA
2008

RESUMO

O propósito deste estudo descritivo foi avaliar a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres mastectomizadas, utilizando como instrumento, os questionários de qualidade de vida EORTC QLQ C-30, que cobre sintomas específicos do câncer e o EORTC QLQ BR-23, que é uma versão exclusiva para o câncer de mama. Foram avaliadas 23 voluntárias submetidas à mastectomia radical modificada à Madden que responderam aos questionários no Núcleo de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Base do Distrito Federal. Os resultados indicam que apesar dos muitos aspectos negativos inerentes à magnitude do tipo de cirurgia e aos tratamentos comumente utilizados, as pacientes apresentaram uma boa qualidade de vida e sexualidade. Concluímos que vários eventos contribuem para a redução do impacto negativo causado pelo estigma do câncer que acompanha as mulheres mastectomizadas.

Palavras-chave: Qualidade de vida, sexualidade e mastectomia radical modificada.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive study was to evaluate the quality of life and sexuality of mastectomized women, using as instrument, quality of life questionnaires: EORTC QLQ C-30 that covers specific symptoms of cancer and the EORTC QLQ BR-23 which is an exclusive version to breast cancer. 23 volunteers were assessed under the modified radical mastectomy to Madden who answered questionnaires in the Center for Physical Medicine and Rehabilitation at the Hospital de Base do Distrito Federal. The results indicate that despite the many negative aspects attached to the magnitude of the type of surgery and treatments commonly used, the patients had a good quality of life and sexuality. We concluded that several events contribute to reducing the negative impact caused by the stigma of cancer that accompanies mastectomized women.

Key-words: Quality of life, sexuality and modified radical mastectomy.

INTRODUÇÃO

Em 2005, de um total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Destas, o câncer de mama está entre as principais causas, com 52 mil casos (INCA a, 2008).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2008 e válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer sendo que os cânceres de mama no sexo feminino acompanham o mesmo perfil da magnitude observada no mundo (INCA a, 2008).

Embora a mulher tenha alcançado uma posição de destaque em relação ao homem, a sociedade exige um padrão de beleza cada vez mais rígido em que as mamas representam um atributo importante da sexualidade e feminilidade. Dessa forma, quando atingidas pelo câncer, estas mulheres sofrem um forte impacto onde têm que enfrentar além do medo da doença, a possibilidade de retirada da mama, o que acarreta na perda de sua identidade e auto-estima, comprometendo sua sexualidade e qualidade de vida (DUARTE & ANDRADE, 2003).

O câncer de mama ocorre quando suas células passam a se dividir de forma rápida e desordenada. Originam-se nas estruturas lobulares e de ductos mamários, sendo este último chamado de Carcinoma Ductal, o mais comum. Ele pode ser *in situ*, quando não passam das primeiras camadas de células destes ductos, ou invasor, quando invadem os tecidos em volta. Os lobulares são chamados de Carcinoma Lobular e muito freqüentemente acometem as duas mamas. Com sua progressão, a disseminação pode ocorrer através das vias linfática e sanguínea, podendo as células neoplásicas se

implantarem em diversos locais do organismo, tendo como sede mais freqüente ossos, pulmões, pleura, fígado e cérebro (CORREIA; OLIVEIRA & MESQUITA-FERRARI, 2006).

Atualmente, dispõe-se dos seguintes recursos para o tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e a imunoterapia, que podem ser administrados de forma isolada ou combinada (VELOSO, 2001).

Como critério de escolha para a técnica cirúrgica, utiliza-se o tamanho do tumor, o envolvimento linfonodal e a agressividade do mesmo que muitas vezes é influenciada por fatores de proliferação celular (DEPES *et al.*, 2003).

A radioterapia é uma opção ao tratamento e baseia-se no emprego de feixes de radiações ionizantes podendo ser indicada de forma exclusiva ou associada a outros métodos terapêuticos. Pode ainda ser considerada como um tratamento abrangente, visto que mais de 70% de todos os tumores malignos terão, durante sua evolução, indicação de serem irradiados (INCA b, 1995).

Outra forma de tratamento é a quimioterapia, que consiste na utilização de componentes químicos, os quimioterápicos. Por ser aplicada ao câncer, é chamada de quimioterapia antineoplásica ou antitumoral (INCA c, 1993).

Trata-se de uma modalidade de tratamento sistêmico da doença e pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente. Quando realizada antes da cirurgia, com o objetivo de avaliação da resposta ao antineoplásico e a eventual redução do tumor, podendo resultar em cirurgias mais conservadoras, é chamada de terapia neoadjuvante. De outra forma, ou seja, utilizada após o ato cirúrgico para promover a erradicação de micrometastases, é chamada de terapia adjuvante (BONASSA, 2005).

A hormonioterapia tem objetivo curativo e está indicada para aquelas pessoas que possuem receptores hormonais positivos, sendo assim, o tratamento adjuvante consiste no uso de terapia de reposição hormonal por cinco anos. Já aquelas que possuem receptores hormonais negativos, está recomendado o uso de drogas específicas. A imunoterapia, outro recurso que vem sendo usado no tratamento do câncer, tem o objetivo de estimular o sistema imunológico por meio de substâncias modificadoras da resposta biológica. (INCAb, 1995)

O impacto devastador produzido em qualquer paciente pela descoberta de um câncer reveste-se na mulher com neoplasia mamária, de requintes paradoxalmente mais catastróficos, justamente quando é adotada a mastectomia, medida tradicionalmente considerada como a mais segura e talvez a única capaz de salvar a vida da paciente. A insegurança que permanece quanto à própria duração da sobrevida associa-se a uma perene certeza do dano importante e, esse sim, irremediável, produzido na auto-imagem da paciente, no que se refere a um ponto extremamente significativo da corporeidade e da personalidade feminina (BUTERA, 1997).

Menke *et al.*, (1991) descrevem as técnicas cirúrgicas desenvolvidas, divididas em radicais e conservadoras:

Radicais: clássica (Halsted) e modificadas (Pattey e Madden).

Conservadoras: tumorectomias e quadrantectomias.

A mastectomia radical modificada consiste na remoção da glândula mamária, do mamilo e da auréola, assim como da pele necessária, de acordo com a localização do tumor e, ainda, dos gânglios linfáticos da axila do lado afetado (TOLEDO *et al.*, 1993; HABER, 2000; MANUILA *et al.*, 2001). Dessa forma as mastectomias radicais modificadas podem ser:

- 1) Mastectomia radical modificada à Pattey que consiste na retirada da glândula mamária e na linfadenectomia axilar, com preservação do músculo grande peitoral.
- 2) Mastectomia radical modificada à Madden, indicada para tumores de 2 a 3 cm ou inferiores a 2 cm, desde que o carcinoma seja invasivo. Consiste na retirada da glândula mamária, linfadenectomia axilar, sendo os dois músculos peitorais preservados. (FRANCO, 1997).

Embora eficiente, tal procedimento cirúrgico se revela mutilador, visto que são retirados da mulher órgãos carregados de simbolismo sexual e de feminilidade (DUARTE & ANDRADE, 2003). Quando se fala em mastectomia torna-se importante não minimizar o conceito da “perda”: mulheres reagem com tristeza e sofrimento unidos a uma sensação de luto pela perda de um “ente” amado, ou seja, uma importante parte do corpo com significado emocional e sexual foi extirpada, levando a um sentimento de depressão. Algumas mulheres declaram sentir-se envergonhadas, mutiladas, deformadas, meio-mulheres e sexualmente repulsivas; é como se não mais reconhecessem o próprio corpo (SEGAL, 1995).

Uma das grandes preocupações que estas pacientes enfrentam é o estigma social da doença. Tarricone (1992) afirma que a paciente com câncer sofre forte falta de prestígio dentro do contexto social, familiar e profissional produzindo profundos impactos em sua qualidade de vida. As pessoas a consideram incapaz de levar adiante sua vida, visto que, ao receber o diagnóstico, todos a avaliam como condenada à morte e, portanto, incapaz de se readaptar a sua função normal (VELOSO, 2001). Assim, sua reintegração social também fica prejudicada, pois à medida que a sociedade a exclui, ela sente que está perdendo tudo e que as pessoas à sua volta querem manter esta perda, à

medida que reforçam seu sentimento de desamparo (CORBINEAU, 1989; EL-SHARKAWIO, 1997).

Dentro deste contexto, o termo qualidade de vida, é um conceito de difícil definição, pois é considerado subjetivo e multidimensional, já que inclui as percepções individuais do estado físico, psicológico e social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1982) qualidade de vida é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" e a sexualidade vista como um aspecto fundamental na qualidade de vida de qualquer ser humano. Essa dimensão é fundamental em tudo o que somos, sentimos e fazemos.

A OMS (1982) considera ainda a saúde sexual como uma condição necessária para o bem-estar físico, psíquico e sociocultural. Sexualidade é uma parte integral da personalidade de todo ser humano. O desenvolvimento total depende da satisfação de necessidades humanas básicas tais quais desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, carinho e amor. Sexualidade é construída através da interação entre o indivíduo e as estruturas sociais. O total desenvolvimento da sexualidade é essencial para o bem estar individual, interpessoal e social.

Estudos têm avaliado a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Entre eles, há os que avaliam a qualidade de vida e sexualidade de pacientes com câncer em relação a um grupo controle, outros autores avaliam a qualidade de vida e sexualidade do grupo e outros estudos avaliam a qualidade de vida e sexualidade do grupo, mas em relação a variáveis específicas (SALES *et al.*, 2001).

A mama é a metonímia do feminino, e, dentro de uma espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento

como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta (CANTINELLI *et al.*, 2006). Portanto, entender o sentimento dessas mulheres neste momento tão marcante é uma maneira de entender o universo feminino.

Segundo Correia; Oliveira & Mesquita-Ferrari (2006) como muitas mulheres sobrevivem por muitos anos após a cirurgia, os impactos gerados pela mesma, acarretam em conseqüências físicas e psicológicas que interferem diretamente na qualidade de vida e sexualidade, visto que para algumas mulheres a cirurgia é como um alívio para seus sintomas, enquanto para outras é considerada como uma afronta à sua feminilidade e imagem corporal.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida e sexualidade das mulheres submetidas à mastectomia radical modificada à Madden por meio dos questionários EORTC QLQ C-30 e EORTC QLQ BR-23.

Objetivos específicos

Verificar as transformações ocorridas na auto-estima da mulher mastectomizada, abordando as mudanças concretas perceptíveis pela paciente e como essa nova imagem corporal interfere na qualidade de vida assim como em sua sexualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo por conveniência, realizado com a participação de 23 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas à mastectomia radical modificada à Madden, independente de seu estado civil e condição

sócio-econômica e 5 mulheres selecionadas para estudo piloto, totalizando 28 participantes.

O projeto desta pesquisa foi enviado ao comitê de ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), protocolo nº 247/08 sendo aprovado sem pendências no dia 25 de setembro de 2008 (Anexo 1). Os aspectos éticos desta pesquisa estiveram de acordo com o preconizado pela resolução n. 196 de 1996 do Conselho Regional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (VIEIRA & HOSSNE, 2003).

Após aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa da FEPECS, deu-se início a coleta de dados no Núcleo de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Base do Distrito Federal, localizado em Brasília-DF, onde as voluntárias se submetem a tratamento fisioterapêutico. A coleta teve início no dia 26 de setembro de 2008 e foi encerrada no dia 17 de outubro de 2008.

Os critérios de inclusão para o estudo foram que as pacientes tenham se submetido à cirurgia de mastectomia radical modificada à Madden há no máximo um ano, estarem realizando terapia coadjuvante no momento da pesquisa e estarem submetendo-se a tratamento fisioterapêutico no Núcleo de Medicina Física, e Reabilitação do Hospital de Base do Distrito Federal.

Os critérios de exclusão foram possuir qualquer outra patologia associada, como doenças degenerativas severas, estados depressivos severos, patologias cardíopulmonares graves, doenças metabólicas, terem realizado reconstrução mamária, possuir distúrbios mentais que impossibilitassem a compreensão das questões ou não responderem completamente os questionários.

Com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados, após a autorização da instituição participante, foi realizado um estudo piloto com cinco mulheres que não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. Os dados obtidos no mesmo não foram incluídos nos resultados apresentados, apenas geraram aperfeiçoamento no estudo.

Para a pesquisa, as pacientes foram pré-selecionadas em consulta aos prontuários, com objetivo de verificar a técnica cirúrgica utilizada e a identificação de patologias que as excluíssem. Em uma outra visita, as voluntárias selecionadas foram devidamente informadas sobre o procedimento proposto e, após concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE 1) foi assinado por todas as colaboradoras que se dispuseram a contribuir neste estudo. O TCLE, onde estava descrito os itens relativos aos aspectos éticos da pesquisa, dava garantias quanto ao fornecimento de informações a respeito da manutenção do anonimato das colaboradoras e a utilização dos dados apenas para finalidades científicas. Em seguida foi preenchida a ficha de identificação (APÊNDICE 2) elaborada pelas pesquisadoras objetivando a respectiva seleção da amostra. Em momento anterior a coleta de dados com as entrevistadas, foram tomados os cuidados relativos à sua acomodação em local reservado da sala e reiterados os esclarecimentos relativos às finalidades e objetivos da pesquisa. Assim, todas as voluntárias responderam aos questionários relacionados à temática.

Para análise da qualidade de vida das voluntárias foram utilizados os Questionários de Qualidade de Vida EORTC QLQ C-30 e EORTC QLQ BR-23 (ANEXO 2), desenvolvidos pela Organização Européia de Pesquisa e Tratamento do Câncer. Esses questionários foram elaborados de forma que possam ser utilizados em

qualquer país sem sofrer interferência de diferentes culturas. Ambos já foram traduzidos e validados para o português falado no Brasil (FAYERS *et al.*, 2001).

O QLQ C-30 trata-se de um questionário que cobre sintomas específicos do câncer, e é constituído por 30 questões, que se subdividem em três grupos de escalas:

- 1) Estado global de saúde e qualidade de vida;
- 2) Escalas funcionais compostas pelo funcionamento físico, limitações funcionais, funcionamento emocional, funcionamento cognitivo e funcionamento social;
- 3) Itens/escalas sintomáticos compostos pelas sub-escalas fadiga, náuseas, vômitos, dor, falta de ar, insônia, falta de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras.

Bowling (1995, apud VELOSO, 2001) afirma que este instrumento é uma das melhores medidas de qualidade de vida desenvolvida para pacientes com câncer na atualidade.

Além do EORTC QLQ C-30, também foi criado o EORTC QLQ BR-23 que é uma versão exclusiva para o câncer de mama. O EORTC QLQ BR-23 é constituído por 23 questões, que se subdividem em 2 escalas:

- 1) Escala funcional composta pelas sub-escalas imagem corporal, funcionamento sexual, prazer sexual e perspectivas futuras;
- 2) Escala sintomática composta pelas sub-escalas efeitos da quimioterapia, sintomas na mama, sintomas no braço e preocupação com a queda do cabelo.

A pontuação das questões é dada de forma que, quanto mais elevado o valor obtido, menor é a qualidade de vida, exceto nas questões 29 e 30 (Estado Global de Saúde) do EORTC QLQ C-30 e 44, 45 (Funcionamento Sexual) e 46 (Prazer Sexual) do EORTC QLQ BR-23 em que, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida avaliada.

Os questionários foram aplicados de forma individual garantindo a privacidade das respostas, por uma mesma avaliadora com o intuito de diminuir a margem de erro. A pesquisadora lia as perguntas contidas em cada questionário, e ao ter certeza que foram entendidas pela voluntária marcava o item correspondente a escolha da mesma. Esta forma de avaliação foi determinada com o objetivo de evitar dificuldades de interpretação por parte de alguma voluntária.

Depois da administração dos questionários, estes foram cotados de acordo com as indicações dos autores (FAYERS *et al.*, 2001) e os dados foram analisados recorrendo ao programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 11.0 for Windows.

RESULTADOS

Descrição do grupo estudado

A amostra incluiu um total de 23 mulheres com idades compreendidas entre 26 e 68 anos ($M=51,86$; $DP=9,48$). Destas 23 participantes, 11 (68,75%) mulheres são casadas, 15 (65,21%) realizaram a cirurgia no lado dominante e 8 (34,78%) no lado não dominante. Com relação à terapia coadjuvante 100% das pacientes estavam realizando o tratamento. Estes dados estão descritos no quadro 1.

Quadro 1: Caracterização da amostra.

Idade Mínima: 26 Máxima: 68 $M= 51,86$ anos			
		N	%
Dominância	Dominante	15	65,21
	Não-dominante	08	34,79
Estado Civil	Casadas	11	68,75
	Não casadas	12	31,25
Terapia coadjuvante		23	100

Nos quadros de 2 a 7 estão descritos os dados referentes às médias (M) e desvios-padrão (DP) dos resultados obtidos nas diversas sub-escalas do EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ BR23.

No quadro 2 podemos observar que no item *estado global de saúde* (M= 69,20; DP=27,68), significa que as pacientes apresentaram um bom resultado, pois neste domínio, quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida. Já para os itens *funcionamento emocional* (M=50,36; DP=28,47), *funcionamento social* (M=23,91; DP:26,38), *dificuldades financeiras* (M=46,37; DP=39,87) e *perspectivas futuras* (M=97,47; DP=1,20) quanto menor o valor, melhor a qualidade de vida.

Quadro 2: Estatística descritiva referente aos aspectos socioeconômicos e saúde global.

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Estado Global de Saúde	69,20	27,68
Funcionamento Emocional	50,36	28,47
Função Social	23,91	26,38
Dificuldades Financeiras	46,37	39,87
Perspectivas futuras	97,47	1,20

Como verificado no quadro 3, os itens *função física* (M=66,95; DP=21,31), *limitação funcional* (M=31,15; DP=30,69) e *função cognitiva* (M=47,24; DP=37,97) seguem o mesmo padrão de que quanto maior o valor, pior a qualidade de vida.

Quadro 3: Estatística descritiva referente aos índices funcionais.

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Função Física	66,95	21,31
Limitação Funcional	31,15	30,69

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Função Cognitiva	47,24	37,97

O quadro 4 exibe os resultados para os domínios *fadiga* (M=30,40; DP=32,12) e *falta de ar* (M=7,24; DP=17,27) onde quanto menor o valor, melhor a qualidade de vida.

Quadro 4: Estatística descritiva referente às limitações físicas.

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Fadiga	30,40	32,12
Falta de Ar	7,24	17,27

No quadro abaixo, os dados coletados para os domínios *sintomas na mama* (M=24,63; DP=25,31), *sintomas no braço* (M=40,01; DP=24,82) e *dor* (M=32,60; DP=33,51), indicam um bom resultado, visto que quanto menor o valor, melhor a qualidade de vida.

Quadro 5: Estatística descritiva referente à sintomatologia da área afetada.

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Sintomas na mama	24,63	25,31
Sintomas no braço	40,01	24,82
Dor	32,60	33,51

Por meio dos resultados mostrados no quadro a seguir, *efeitos físicos da quimioterapia* (M=24,38; DP=19,32), *insônia* (M=39,12; DP=41,01), *falta de apetite* (M=14,49; DP=26,25), *náuseas/vômitos* (M=9,41; DP=26,50), *diarréia* (M=2,89; DP=9,60), *constipação* (M=23,18; DP=35,43) e *queda de cabelo* (M=19,04; DP=32,52) observa-se valores relativamente baixos, indicando uma boa qualidade de vida.

Quadro 6: Estatística descritiva referente à sintomatologia da terapia coadjuvante.

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Efeitos Físicos da Quimioterapia	24,38	19,32
Insônia	39,12	41,01
Falta de Apetite	14,49	26,25
Náuseas/Vômitos	9,41	26,50
Diarréia	2,89	9,60
Constipação	23,18	35,43
Queda de cabelo	19,04	32,52

No quadro 7 estão expostos os escores relativos aos domínios *imagem corporal* (M=71,30; DP=31,14), onde nota-se um alto valor, indicando uma baixa qualidade de vida; *funcionamento sexual* (M=69,08; DP=29,31) e *prazer sexual* (M=54,43; DP=34,13), demonstrando valores satisfatórios para os itens funcionamento sexual e prazer sexual.

Quadro 7: Estatística descritiva referente aos aspectos sexuais.

Sub-escalas	Média	Desvio Padrão
Imagem corporal	71,30	31,14
Funcionamento Sexual	69,08	29,31
Prazer Sexual	54,43	34,13

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo descritivo são baseados nas respostas de 23 mulheres mastectomizadas a dois questionários de avaliação da qualidade de vida e suas fichas de identificação. Para efeitos deste estudo, consideraram-se as diversas sub-escalas

funcionais e sintomáticas do EORTC QLQ-C30 e do EORTC QLQ BR23 como indicadores da qualidade de vida das participantes.

Após transcrição dos dados, foi realizada a seleção das temáticas que coincidem com os achados mais frequentes da literatura pesquisada e que são pertinentes aos objetivos da pesquisa. Cabe esclarecer que estes achados estão continuamente interagindo e contribuindo, em maior ou menor grau, para a autopercepção da qualidade de vida.

A avaliação da qualidade de vida pode possibilitar o conhecimento do impacto da doença e/ou do tratamento em dimensões que não só incluem, mas ultrapassam a questão biológica. A maioria das definições contempla os aspectos multidimensionais e subjetivos da qualidade de vida. A identificação dos fatores relacionados à qualidade de vida e a compreensão da forma como esses fatores contribuem para a percepção da mesma, são motivos de discussão, uma vez que o conceito de qualidade de vida está diretamente relacionado ao contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido. A limitação funcional, terapia coadjuvante indicada, tipo de cirurgia, relacionamento sexual e imagem corporal são alguns fatores associados à qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

Estado global de saúde

Com relação ao estado global de saúde, em nosso estudo foi encontrado um alto valor ($M=69,20$; $DP=27,68$), indicando um bom score para este domínio e apesar da literatura descrever que as mulheres mastectomizadas têm um estado global de saúde ruim, Veloso (2001) obteve índices semelhantes, no qual mais da metade das pacientes entrevistadas consideravam seu estado global de saúde como “ótimo”.

Acreditamos que este resultado se deva ao fato de que a maioria das mulheres participantes da pesquisa tinha pensamento positivo diante da doença e eram confiantes na cura e na luta pela vida. Era freqüente a referência na crença em Deus para buscar equilíbrio emocional, crença esta que lhes dava esperança e confiança diante da cura.

Ao afirmarem que a religião ajuda a vencer o medo da morte, das perdas, do sofrimento, e na afirmação da expectativa da cura das doenças, as pessoas afirmaram a restituição do significado da vida (RABELO; CUNHA & SCHAEPPPI, 1999).

Percebemos que a crença religiosa ajuda as mulheres com câncer de mama a aceitarem a doença, e assim, viver com maior otimismo. Este processo é desafiador, portanto elas buscam na fé forças para enfrentar os desafios.

Outro fato relevante é que todas as mulheres estavam sendo submetidas a tratamento fisioterapêutico e esta intervenção desempenha um papel importante na prevenção de seqüelas, intervindo na recuperação física destas pacientes, diminuindo o risco de complicações no período pós-operatório e integrando-as novamente à sociedade, melhorando a auto-estima e a qualidade de vida. Para a grande maioria destas mulheres o apoio familiar é o principal suporte para superar a experiência do câncer de mama.

Como a unidade social mais próxima da qual a mulher faz parte, a família é a primeira instância de ajuda, socorro e apoio físico, psíquico e financeiro. Para muitas dessas mulheres, não poder fazer tudo que faziam (lavar, passar, cozinhar, varrer) não significava um alívio ou descanso das estafantes atividades do lar, mas antes uma perda, uma inutilização e uma desvalorização de si mesmas, e elas lutavam para não se verem nem serem vistas como vítimas, inválidas ou inúteis, muitas vezes descumprindo ordens médicas nesse processo de negociação dentro dos seus espaços de atuação

(AURELIANO, 2006). Este fato associado à adesão à fisioterapia contribui de forma bastante positiva para seu estado global de saúde e conseqüente qualidade de vida.

Limitação funcional e Funcionamento físico

No que diz respeito à limitação funcional, encontramos a média de 31,15 (DP=30,69), o que significa dizer que estas mulheres não se sentiram restritas com relação às atividades de lazer onde não era necessário a utilização do braço do lado acometido. Porém, o estudo demonstrou relevante resultado para o domínio funcionamento físico (M=66,95; DP=21,31), onde as atividades de vida diária ficaram bastante comprometidas. É provável que isto se deva ao fato de que das 23 mulheres, 15 (65,21%) fizeram a cirurgia no lado dominante.

Estes dados corroboram com o estudo de Maieski & Sarkis (2007) em que para 73% das mulheres o comprometimento físico dos membros superiores causam dificuldades durante o exercício de suas atividades. As queixas são a sensação de limitação da amplitude de movimento, não podendo elevar as mãos à cabeça, retirar uma roupa ou dificuldade em distender o braço. Outras queixas como dor, restringe os movimentos e podem comprometer as atividades laborais. Os movimentos bruscos ficam comprometidos assim como, pequenas atividades domésticas como varrer uma área ou cozinhar.

Efeitos da Quimioterapia

A partir dos resultados observados, o estudo sugere que os efeitos da quimioterapia se analisados isoladamente, apresentaram um escore baixo para cada item, onde incluem-se as médias: náuseas e vômitos: 9,41 (DP=26,50); diarreia: 2,89 (DP=9,60); constipação: 23,18 (DP=35,43); queda de cabelo: 19,04 (DP=32,52); insônia: 39,12 (DP=41,01) e falta de apetite: 14,49 (DP=26,25), assim como o item

efeitos físicos da quimioterapia, que apresentou uma média de 24,38 (DP=19,32). Estes valores vão contra a literatura pesquisada.

Segundo Maieski & Sarkis (2007) a respeito dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico, foi constatado que 82% das mulheres apresentaram tais sintomas de forma efetiva. As reações mais comuns foram vômito, enjôo, fraqueza, diarreia, queda de cabelo, sonolência, insônia, tontura, inapetência, mal-estar, depressão e desânimo.

Em seu estudo, Pinto & Gioia-Martins (2006) verificaram que outro fator de grande impacto para as pacientes de câncer de mama relaciona-se à perda dos cabelos resultante das terapias adjuvantes à cirurgia, em especial da quimioterapia.

Acreditamos que os valores a que chegamos com nossa pesquisa deve-se a eventos como a sobrevivência ao câncer de mama, a possibilidade de cura, a prevenção da recidiva, o que pode implicar em um fator motivacional para estas mulheres.

Fadiga

Quanto ao item fadiga, podemos observar em nosso estudo uma média de 30,40 (DP=32,12), indicando um pequeno impacto na vida das entrevistadas, dado este que se opõe ao estudo de Curt (2000), que afirma que a fadiga tem um grande impacto sobre a qualidade de vida em pacientes oncológicos.

Segundo Portenoy & Loretta (1999) a equipe de saúde deve avaliar a fadiga cuidadosamente e deve orientar as mulheres sobre sua ocorrência e disponibilizar às pacientes estratégias de intervenção. As abordagens devem incluir orientações como exercícios físicos, nutrição adequada, manejo do estresse e terapia cognitiva, modificação dos padrões de atividade, repouso e sono.

Funcionamento Emocional

De acordo com os achados deste estudo, o item funcionamento emocional apresentou o seguinte valor como média: 50,36 (DP=28,47), o que nos mostra a presença de um comprometimento psico-emocional. Diversas pesquisas descrevem que ansiedade e depressão estão entre os problemas psicológicos mais frequentes entre as pacientes com câncer de mama.

Carrol (2000) cita em seu estudo que os sentimentos de ansiedade, depressão e baixa auto-estima são constantes e podem continuar até mesmo depois do término do tratamento. Epping-Jordan *et al.*, (1999) apontam fatores que podem estar associados com ansiedade e depressão durante o câncer de mama. Esses fatores são: idade, temperamento (otimista ou pessimista), respostas ao estresse e estratégias de confrontação com a doença, entre outros. O sentimento de culpa, vivenciado por muitas mulheres que têm diagnóstico de câncer de mama, é outro fator abordado por Glinder & Compas (1999) que está associado ao aumento da depressão e da ansiedade. Estudo desenvolvido por Spiegel (1990) com mulheres com câncer de mama, mostra que o grau da depressão independe da malignidade do tumor. Dessa forma, só a suspeita de ter um câncer pode trazer abalos significativos na vida da mulher. Esse mesmo autor alerta que em diversos casos a depressão não é detectada, já que muitos dos seus sintomas, como falta de apetite e fadiga, podem estar associados aos efeitos do tratamento ou às conseqüências do próprio câncer.

Imagem corporal

Através dos achados deste estudo, a imagem corporal da mulher mastectomizada apresentou um alto escore (M=71,30; DP=31,14) repercutindo em uma grande alteração em sua qualidade de vida e sexualidade.

Segundo Aureliano (2006) a identidade da mulher que se descobre com câncer de mama sofre abalos devidos, entre outros aspectos, às mudanças na percepção e formação das identidades que emanam da alteração da imagem corporal, elemento social e culturalmente construído que tem sua apresentação constrangida com a perda de um elemento ao mesmo tempo físico e simbólico como a mama.

Os dados obtidos em relação à imagem corporal corroboram as conclusões alcançadas em outros estudos, podendo-se citar como exemplo os de Tarricone (1992) e Ferreira & Mamede (2003) que postulam que a reorganização da imagem e esquema corporais são comprometidos na mulher submetida à mastectomia, pois psiquicamente lhe é exigido que retire seus investimentos libidinais da mama para que possa adaptar-se à sua nova condição. Como reação à perda, a mulher passa pelo período de enlutamento, no qual procura elaborar e aceitar sua nova imagem corporal, acarretando sentimentos de tristeza e estranhamento.

Carvalho (1994) e Quintana *et al.* (1999) verificaram que a danificação da mama, símbolo do corpo carregado de sensualidade, altera a auto-imagem feminina, gerando sentimentos de inferioridade e rejeição. Muitas mulheres sentem-se envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas, o que interfere em sua vida afetiva e sexual. Além disso, a terapia coadjuvante também provoca distúrbios na identidade feminina, pois podem acarretar entre outros sintomas a alopecia.

Funcionamento sexual

A partir dos resultados observados ($M=69,08$; $DP=29,31$), verificamos que as pacientes apresentavam um bom funcionamento sexual. É provável que esta afirmação esteja embasada no fato de que estas mulheres dispunham de um relacionamento afetivo sólido e por isso não sofreram significativas alterações na vida sexual após a doença. Outra hipótese que pode ser levantada seria a de que mesmo sem prazer, estas mulheres estivessem mantendo relações sexuais apenas para cumprir sua função de esposa ou até mesmo pela maturidade adquirida pela idade da grande maioria das entrevistadas.

Este dado não coincide com o da literatura, pois de acordo com Wanderley (1994), o câncer de mama e seu tratamento geram um trauma psicológico para a maioria das mulheres, já que a mama é um símbolo corpóreo da sensualidade feminina. Lim (1995) também relata as implicações negativas referidas pelas mulheres em seu estudo. Este afirma que a mastectomia não é a única causa dessa sensação de incômodo sentida pelas pacientes; há outros fatores antecedentes ao diagnóstico, que podem influenciar e intensificar o quadro de desconforto para a mulher acometida, como problemas financeiros, sociais, conjugais, sua forma de lidar com situações adversas e também a falta de informação sobre a doença e suas conseqüências.

Segundo Cantinelli *et al.* (2006) reações de ajustamento ou mesmo depressão e ansiedade têm forte impacto sobre a sexualidade. O medo do abandono também é um fator significativo, a partir do pensamento de que essas mulheres podem estar privando seus parceiros de atividade sexual. A autora enfatiza que mesmo mulheres mais velhas podem sentir o impacto sobre a sua sexualidade.

Perspectivas futuras

Os resultados referentes ao item perspectivas futuras ($M=97,47$; $DP=1,20$) nos mostram uma grande preocupação dessas mulheres com seu estado de saúde no futuro.

Pinto & Gioia-Martins (2006) constataram em seu estudo que 100% das mulheres entrevistadas sentem-se angustiadas em relação a sua saúde futura. Contrapondo-se a todos esses sentimentos negativos, essas mulheres manifestaram muitas expectativas de cura e muita esperança com relação ao sucesso dos procedimentos terapêuticos a serem utilizados. Nesse momento, configura-se um impasse: reforçar a esperança de que se pode obter um resultado favorável com o tratamento ou entregar-se a sentimentos de impotência e desespero.

Micelli (2006) afirma que a qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito centrado na avaliação subjetiva do paciente, porém ligado ao impacto da saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente. Dessa forma, depende de percepções, crenças, sentimentos e expectativas individuais, variando ao longo do tempo, de acordo com as mudanças ocorridas com a pessoa e com o que está à sua volta, envolvendo as dimensões física, social e psicológica, interligadas entre si.

No contexto da oncologia, a qualidade de vida é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação à sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de funcionamento, fazendo com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal (CELLA & TULSKY, 1990).

Estudos adicionais são necessários dentro desta temática, utilizando um número maior de participantes para avaliação da qualidade de vida antes e após a cirurgia e os tratamentos coadjuvantes, avaliando assim as implicações destes procedimentos em termos funcionais (físicos, emocionais, cognitivos e sociais) e sintomáticos.

Outra limitação encontrada neste estudo é a diversidade de interpretações feitas nas pesquisas que utilizam os questionários de qualidade de vida EORTC QLQ C-30 e EORTC QLQ BR-23 uma vez que os mesmos apresentam um manual para o cálculo dos resultados e a grande maioria dos autores faz uso de outras formas de avaliação, dificultando assim a comparação dos valores encontrados entre os trabalhos.

CONCLUSÃO

Os dados observados sugerem de uma forma geral, a maioria da população estudada, tem uma qualidade de vida avaliada positivamente. Os domínios relacionados à uma avaliação negativa da qualidade de vida foram: perspectivas futuras, imagem corporal, funcionamento emocional, cognitivo e físico.

A danificação da mama, altera a auto-estima feminina, gerando mudanças perceptíveis concretas que interferem de forma negativa na sexualidade destas mulheres, visto que muitas sentem-se constrangidas, mutiladas e sexualmente repulsivas, o que interfere em sua vida afetiva.

Por isso, a mulher mastectomizada deve ser reabilitada de forma global, incluindo os aspectos físico, emocional, social e profissional. As dificuldades podem ser amenizadas pelos profissionais fisioterapeutas e demais equipes, que percebam e compreendam o seu problema e sejam conhecedores desta causa, já que o câncer de mama é um agravo de incidência significativa na saúde mundial, por isso é de suma importância a sua prevenção.

Portanto, conclui-se que para este grupo analisado e utilizando-se do método de avaliação proposto neste estudo, apesar dos vários impactos negativos verificados, as participantes apresentaram em geral uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AURELIANO, A. A. **Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Sociologia (PPGS). Campina Grande, 2006.
- BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3º ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- BUTERA, G. **Neoplasia mamária: um triângulo hipotético**. São Paulo: UCDB, 1997.
- CANTINELLI, F. S. *et al.* **A oncopsiquiatria no câncer de mama – Considerações a respeito de questões do feminino.**; Revista Psiquiatria Clínica, 33(3):124-133, 2006.
- CARROL, S. **Psychological response and survival in breast cancer**. Lancet, 355 (9201): 404-406, 2000.
- CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Psy, 1994.
- CORBINEAU, G. D. **Um grupo de pacientes mastectomizadas – aplicações da psicanálise no trabalho institucional**. Informação Psiquiátrica, 8 (1): 10-18, 1989.
- CELLA, D. F.; TULSKY, D. S. **Measuring the quality of life today: methodological aspects**. Oncology (Huntingt), 4(5):29-38, 1990.
- CORREIA, G. N.; OLIVEIRA, J.; MESQUITA-FERRARI, R. A. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar**. Revista Fisioterapia e Pesquisa, 13 (2): 31-36, 2006.
- CURT, G. A. **Impact of fatigue on quality of life in oncology patients**. Semin Hematol, 37(6):14-7, 2000.
- DEPES, D. B. *et al.* **Alterações na expressão do antígeno nuclear de proliferação celular e dos receptores de estrogênio e de progesterona provocadas pela quimioterapia primária no carcinoma de mama**. RBGO, 25(8): 545-552 2003.
- DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade**. Estud. Psicol., 8 (1):155-163, 2003.
- EL-SHARKAWIO, F. M. **Effect of different modalities of treatment on the quality of life of breast cancer in Egypt**. SBPH, 1(1): 78-81, 1997.
- EPPING-JORDAN, J. *et al.* **Psychological adjustment in breast cancer: processes and emotional distress**. Health Psychol, 18(4):315-26, 1999.

FAYERS, P. M. *et al.* on behalf of the EORTC Quality of Life Group - **The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual** (3rd edition). Published by: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. **Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem, 11(3): 200-210, 2003.

FRANCO, J. *et al.* Tratamento cirúrgico do câncer de mama. In: Franco, J. **Mastologia - Formação do especialista.** 1^o ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

GLINDER, J.; COMPAS, B. **Self-blame attributions in women with newly diagnosed breast cancer: a prospective study of psychological adjustment.** Health Psychol, 18(5):475-81, 1999.

HABER, S. **Câncer de mama, manual de tratamento psicológico.** Barcelona: Paidós, 2000.

INCA a (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER). Disponível em: <http://www.inca.org.br>. Acessado em: 16 de Junho de 2008.

INCA b (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER). Brasil. Ministério da saúde. Secretaria nacional de assistência a saúde. Coordenadoria de programas de controle do câncer – **Pró-Onco. Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: 1995.

INCA c (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER). Brasil. Ministério da saúde. Secretaria nacional de assistência a saúde. **Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3^o Ed., Rio de Janeiro: 1993.

LIM, J. **Sexuality of woman after mastectomy.** Annals of the Academy of Medicine, 25(5): 660-662, 1995.

MAIESKI, V. M.; SARKIS, L. M. M. S. **Mulheres com câncer de mama em quimioterapia e sua influencia sobre o trabalho.** Cogitare Enferm, 12(3):346-52, 2007.

MANUILA, L. *et al.* **Dicionário Médico.** Lisboa: Climepsi, 2001.

MENKE, C. H. *et al.* Patologia Benigna da Mama. In: **Rotinas em Ginecologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MICELLI, A. V. P. Aspectos psicológicos do paciente com câncer. In: MELLO, E.L.R.; SANTOS, C.E.R. **Manual de cirurgia oncológica.** São Paulo: Tecmedd, 2006.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). Disponível em: <http://www.who.int>. Acessado em: 16 de Junho de 2008.

PINTO, A. C.; GIOIA-MARTINS, D. F. **Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica.** SBPH, 9(2):3-27, 2006.

PORTENOY, R. K.; LORETTA, M. I. **Cancer-Related Fatigue: Guidelines for Evaluation and Management.** The oncologist, 4(1):1-10, 1999.

QUINTANA, A. M. *et al.* **Negação e estigma em pacientes com câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia: 45(4): 45-52, 1999.

RABELO, M. C. M.; CUNHA, L. A.; SCHAEPPPI, P. B. Religião, imagens e experiências da aflição: alguns elementos para reflexão. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. **Organizadoras: Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SALES, C. A. C. C. *et al.* **Qualidade de vida de mulheres tratadas com câncer de mama: Funcionamento social.** Revista Brasileira de Cancerologia, 47(3): 263-72, 2001.

SEGAL, S. M. **Mastectomia.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.

SPIEGEL, D. **Facilitating emotional coping during treatment.** Câncer, 66(15):1422-6, 1990.

TARRICONE, S. O. P. **Aspectos emocionais da mulher submetida à mastectomia no pós-operatório: subsídios para intervenção psicológica.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1992.

TOLEDO, M. *et al.* **Adaptacion del cuestionario de calidad de vida de la E.O.R.T.C. para cancer de mama.** Revista de Psicología de la Salud, 10(5):29-40, 1993.

VELOSO, M. M. X. **Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama.** Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área de saúde.** 6º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

WANDERLEY, K. S. Aspectos Psicológicos do Câncer de Mama. In: CARVALHO, M. M. M. L. **Introdução à Psiconcologia.** Campinas: Psy, 1994.

AGRADECIMENTOS

À toda equipe do Núcleo de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Base do Distrito Federal, especialmente à Dra. Rosemari F. C. Andrade da Silva que desde o primeiro momento nos acolheu, e pela liberdade concedida para a realização do trabalho de campo.

Às fisioterapeutas Cláudia, Aninha e Valquíria pelo apoio e incentivo.

Às mulheres que fizeram parte da pesquisa, por terem nos confiado partes da suas vidas e de seus sentimentos, e por nos fazerem enxergar outras realidades para o câncer. Esperamos ter correspondido a esta confiança.

À nossa orientadora Flávia Ladeira, pela paciência em orientar iniciantes no mundo das pesquisas, por ter nos mostrado a luz no fim do túnel e nos encorajar a seguir por ele com tamanha confiança.

Aos professores que nos acompanharam em nossa jornada, especialmente ao Luiz Guilherme Porto e ao Dely Gomes. Ao Vinícius Maldaner, pela dedicação, comprometimento e sugestões sempre enriquecedoras.

E por fim, a todos que de alguma forma fizeram parte deste trabalho.

Obrigada,

Maristela Rodrigues e Patrícia da Rosa

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A Senhora está sendo convidada a participar do projeto: “Avaliação da qualidade de vida e sexualidade em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada à Madden”. O nosso objetivo visa avaliar as modificações da qualidade de vida e sexualidade em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada à Madden.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação será através de um questionário que a senhora deverá responder no Núcleo de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Base do Distrito Federal na data combinada. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário sendo respeitado o tempo de cada uma para respondê-lo. Informamos que a senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, sendo desta forma excluída de participar da pesquisa, ou pode desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhora no seu tratamento.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Núcleo de Medicina Física e Reabilitação e para todo o Hospital de Base de Brasília podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do Núcleo de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Base do Distrito Federal e das pesquisadoras.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr^a. Flavia Ladeira Ventura Dumas, na instituição Centro Universitário de Brasília, telefone: (61) 9261 3664 no horário: 7:40h às 11:20h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS. Qualquer dúvida com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa, pode ser esclarecida através do telefone da FEPECS: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisadora Responsável
Maristela Rodrigues Pessoa – (61) 8427 8209

Pesquisadora Responsável
Patrícia da Rosa Carneiro – (61) 9611 9600

Brasília, de de 2008.

APÊNDICE 2

Ficha de identificação

“Avaliação da qualidade de vida e sexualidade em mulheres submetidas à mastectomia radical modificada à Madden.”

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____

Profissão: _____

Hospital em que foi submetida à Cirurgia: _____

Registro Hospitalar: _____

Técnica da Cirurgia: _____

Fez/Faz alguma terapia co-adjuvante? Qual? _____

Medicamento em uso: _____

Patologia associada: _____

Prática de exercício físico: sim () não ()

Canhota () Destra ()

OBSERVAÇÕES:

Gostaria de ser informado sobre os resultados obtidos na pesquisa?

Sim () Não ()

ANEXO 1



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 262/2008

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 247/08 - Avaliação da qualidade de vida e sexualidade em mulheres submetidas à mastectomia radical e mastectomia radical modificada.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 25/09/2010

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 25 de setembro de 2008.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO 2



EORTC QLQ-C30 (version 3)

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

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

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

A data de hoje (dia, mês, ano):

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

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4



EORTC QLQ - BR23

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

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente ativa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchado?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afetada?	1	2	3	4
51. A área da mama afetada inchou?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
52. Sentiu a área da mama afetada muito sensível?	1	2	3	4

Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

© Copyright 1995 EORTC Quality of Life Study Group, version 1.0. All rights reserved.