

VANESSA LACERDA ALVES

**QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA NO PÓS-OPERATÓRIO
DE UM MÊS EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS COM OU
SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2016

VANESSA LACERDA ALVES

**QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA NO PÓS-OPERATÓRIO
DE UM MÊS EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS COM OU
SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção do
Título de Mestre em Ciências.

ORIENTADOR : PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

COORIENTADORES: PROF. LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA

PROF. DR. CARLOS JORGE ROCHA OLIVEIRA

São Paulo

2016

Alves, Vanessa Lacerda

Vanessa Lacerda Alves / Qualidade de vida e autoestima no pós-operatório de um mês em pacientes mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária. – São Paulo, 2016.

x, 117f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Translacional.

Título em inglês: Quality of life and the post-surgical esteem a month in mastectomy patients with or without breast reconstruction.

1. Autoimagem. 2. Mastectomia. 3. Qualidade de vida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIRURGIA TRANSLACIONAL**

COORDENADOR: PROF. DR. MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

A **DEUS**, por estar sempre ao meu lado e me carregar no colo todas as vezes que cai durante os dois últimos anos, mesmo quando eu achava que não tinha mais braços e pernas para lidar com tantas pedrinhas que apareceram ao longo destes anos em minha Vida... Lá estava Ele, dando-me forças e mostrando que eu era capaz e que tudo seria no tempo do Senhor e não no meu tempo e por me ensinar que o impossível se torna possível quando temos fé e dobramos nossos joelhos. Gratidão meu Deus!!!

Aos meus filhos **MIGUEL ALVES FURLAN** e **GABRIEL ALVES FURLAN** por me darem a oportunidade de ser mãe, mesmo quando, para a medicina, tudo parecia impossível.

Aos meus pais **MANOEL ANTONIO ALVES** e **CACILDA RAMOS LACERDA ALVES** por todo esforço em educar-me e a constância em todo meu caminho. Amo vocês!

À minha irmã **KARINA LACERDA ALVES**, por todo amor.

À minha sobrinha e afilhada **ISABELLI ALVES FARIAS**, eu te amo.

À minha amiga **MARIA CRISTINA SILVA DOS SANTOS**, por sempre me ajudar e me acompanhar em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional e incentivar-me a nunca desistir.

Aos meus colegas de pós-graduação, **ADRIANA CORBOLAN**, **BETINA ZIMMERMANN**, **CAROLINA ORTEGA**, **IARA ESTEVES**, **ISABELLA AGUIAR**, **KARINA PRADO**, **LILIAN BALDAN**, **MARIANA NEGRÃO**, **VANESSA SUZUKI** e **VERÔNICA CHOMISKI** pelo apoio, por serem excelentes profissionais e colegas brilhantes.

Agradecimento especial as minhas queridas **ADRIANA CARBOLAN**, **CAROLINA ORTEGA** e **ISABELLA AGUIAR**, pela doçura, motivação e por acreditarem em mim!!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À PROFESSORA DOUTORA LYDIA MASAKO FERREIRA,
Professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM),
pela oportunidade, pelo seu exemplo de determinação e
empenho para o sucesso da pós-graduação.

Ao **PROFESSOR DOUTOR MIGUEL SABINO NETO,** Professor
Adjunto Livre Docente da Disciplina de Cirurgia Plástica,
Coordenador do Programa de Pós Graduação em Cirurgia
Translacional da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP), e Orientador deste estudo, por todo
conhecimento, ensinamento, dedicação, apoio, por
acreditar em mim nos momentos difíceis. Gratidão!

Ao **PROF. LUIZ EDUARDO FELIPE ABLA,** Professor
Coorientador do Programa de Pós Graduação em
Cirurgia Translacional (UNIFESP-EPM), por todo
conhecimento, ensinamento, dedicação, apoio, por
acreditar em mim nos momentos difíceis. Gratidão!

Ao **PROF. DR CARLOS JORGE ROCHA OLIVEIRA,**
PROFESSOR Coorientador da Universidade
Anhembi Morumbi (UAM) por todo conhecimento,
ensinamento, dedicação, apoio, por acreditar em
mim nos momentos difíceis. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

Ao *PROF. DR CARLOS JORGE ROCHA OLIVEIRA, PROFESSOR COORIENTADOR DA UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)* por todo conhecimento, ensinamento, dedicação, apoio, por acreditar em mim nos momentos difíceis e pelas sugestões. Gratidão!

Aos *PROFESSORES DO PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIRURGIA TRANSLACIONAL* da UNIFESP pelos ensinamentos, contribuindo para minha formação e crescimento profissional.

À *MARTA REJANE, SANDRA DA SILVA E SILVANA APARECIDA DE ASSIS*, Secretárias da Disciplina de Cirurgia Translacional da UNIFESP, por sempre estarem disponíveis a nos ajudar.

A toda *EQUIPE DE MASTOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA* da UNIFESP e do Hospital Pérola Byington, pela receptividade e brilhante trabalho.

ÀS *VOLUNTÁRIAS DO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA PLÁSTICA* da UNIFESP/EPM e do *HOSPITAL PÉROLA BYINGTON*, que participaram e colaboraram assiduamente com a pesquisa.

*Sem sonhos a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerce.
Sem propriedades, os sonhos não se tornam reais.*

(Augusto Cury)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
LISTAS DE TABELAS.....	xi
LISTAS DE FIGURAS.....	xii
LISTAS DE QUADROS.....	xiii
LISTAS DE ABREVIATURAS	xiv
LISTAS DE SIMBOLOS.....	xvii
RESUMO.....	xviii
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	05
3 LITERATURA.....	07
4 MÉTODOS.....	20
5 RESULTADOS.....	30
6 DISCUSSÃO.....	38
7 CONCLUSÃO.....	53
8 REFERÊNCIAS.....	55
NORMAS ADOTADAS.....	63
ABSTRACT.....	67

APÊNDICES.....	69
ANEXOS.....	81
FONTES CONSULTADAS.....	94

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Medidas-resumo das idades por Grupo	31
TABELA 2. Distribuição das pacientes por características demográficas e de cirurgia.....	32
TABELA 3. Medidas-resumo dos escores de Rosenberg UNIFESP/EPM e subescalas de EORTC QLQ-C30.....	33
TABELA 4. Distribuição das pacientes por itens de EORTC QLQ-C30.....	71
TABELA 5. Correlação item-total corrigido, Alpha Cronbach Global da Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM Unifesp/EPM.....	76
TABELA 6. Correlação item-total corrigido, Alpha Cronbach Global das subescalas EORTC QLQ-C30.....	77

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** Box-Plot dos escores global e funcional de EORTC QLQ-C30.....35
- FIGURA 2.** Box-Plot dos escores de sintomas do EORTC QLQ-C30.....36

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Distribuição da Casuística.....	23
QUADRO 2. Divisão de Subescalas do questionário EORTC QLQ-C30.....	25
QUADRO 3. Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM tipo Likert de quatro pontos.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACRÔNIMOS

AP	Falta de Appetite
CA	Câncer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Funcionamento Cognitivo
CO	Obstipação
D	Direito
DI	Diarreia
DP	Desvio Padrão
DY	Falta de Ar
E	Esquerdo
EF	Funcionamento Emocional
EORTC QLQ-BR23	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer-specific Module 23</i>

EORTC QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i>
EPM	Escola Paulista de Medicina
EVA	Escala Visual Analógica
FA	Fadiga
FACT-B	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast</i>
FACT-G	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy - General</i>
FF2	Funcionamento Físico
FI	Dificuldades Financeiras
GO/HC/UFTM	Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Mastectomia
M+RI	Mastectomia associada à reconstrução imediata de mama

MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NV	Náuseas e Vômitos
PA	Dor
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PUBMED	<i>Public Medicine</i>
R	Religiosidade
RF2	Desempenho de papel
S	Espiritualidade
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SF	Funcionamento Social
SF-36	<i>The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health</i>
SL	Insônia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRAM	Retalho musculofasciocutâneo transverso do reto do abdome
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

WHOQOL

World Health Organization Quality of Life

SÍMBOLOS E UNIDADES DE MEDIDA

% Por cento

***** Presença de Significância Estatística

n Tamanho da Casuística

RESUMO

RESUMO

INTRODUÇÃO: Após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, algumas mulheres passam por alterações físicas, sociais e emocionais que repercutem muitas vezes na qualidade de vida e na autoestima. **OBJETIVOS:** Avaliar a qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução mamária após um mês de cirurgia. **MÉTODOS:** A casuística foi composta por 89 pacientes, com idade igual ou superior a 30 anos, submetidas ou não à reconstrução mamária, e oriundas dos ambulatórios de Cirurgia Plástica e Mastologia do Hospital São Paulo e do Hospital Pérola Byington. O Grupo 1 (n=30) composto pelas pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária; o Grupo 2 (n=29) mastectomizadas com reconstrução mamária; e o Grupo 3 (n=30) pacientes sem alterações nas mamas. Para a avaliação da qualidade de vida, foram aplicados os instrumentos validados para uso no Brasil *European Organization for Research and Tratamento of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) e Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM UNIFESP/EPM. **RESULTADOS:** Foram observados no grupo 1 pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária, que 50% apresentavam comprometimento da mama esquerda e 1% de ambas as mamas e no grupo 2 pacientes mastectomizadas com reconstrução mamária, 48,3% apresentavam comprometimento da mama direita e 2% de ambas as mamas. Inexistiram alterações na qualidade de vida e autoestima das pacientes submetidas à mastectomia com ou sem a reconstrução mamária após um mês de cirurgia.. **CONCLUSÃO:** Mulheres submetidas à mastectomia com ou sem reconstrução mamária não sofreram influências na Qualidade de Vida e Autoestima após um mês de cirurgia.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

De acordo com FLECK *et al.* (1999), a expressão qualidade de vida foi introduzida, pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, em que declarava que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Um componente importante da qualidade de vida é a autoestima definida como o sentimento, a consideração que uma pessoa tem por si mesma, o quanto gosta de si, ou seja, é como se enxerga e o que pensa sobre si. A consciência sobre a própria aparência pode afetar a autoconfiança e a autoestima (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

Atualmente, utiliza-se a Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM UNIFESP/EPM para a avaliação da autoestima, instrumento esse validado no contexto cultural brasileiro e composto por dez questões, sendo cinco itens que avaliam sentimentos positivos e cinco que avaliam o sentimento negativo de si mesmo (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

Outros instrumentos e técnicas foram desenvolvidos para avaliar a situação de saúde, as funções dos indivíduos e a qualidade de vida, podendo ou não ser específicos para determinadas enfermidades. Para avaliar a qualidade de vida em portadores de câncer de mama destacam-se os questionários: *Functional Assessment of Cancer Therapy of Breast Cancer* (FACT-B) e o *European Organization for Research and Tratamento of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life*

Questionnaire (EORTC QLQ-C30) e o EORTC QLQ BR-23 (*Breast Cancer-Specific Module BR-23*). Dentre os questionários mais utilizados para avaliar a qualidade de vida em geral encontram-se o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Healthy Survey* (SF-36) e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100 ou WHOQOL-bref) (MAJEWSHI *et al.*, 2012).

A EORTC (*European Organization for Research and Treatment of Cancer*), fundada em 1962, em Bruxelas, é uma Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer, sem fins lucrativos. Em 1980, o EORTC criou a Qualidade de Vida em Grupo e em 1986, iniciou um programa de investigação para desenvolver uma abordagem integrada e modular destinada à avaliação da qualidade de vida dos pacientes que participam em ensaios clínicos de câncer, originando-se o desenvolvimento do EORTC QLQ-C30, um instrumento de Qualidade de Vida para câncer e o QLQ BR23 que é um módulo para avaliar o câncer de mama (SCOTT *et al.*, 2008).

Considerando-se as alterações e impactos que essa enfermidade pode acarretar, deve-se atentar para todos os estudos relacionados ao câncer de mama, desde a prevenção, reabilitação do paciente pelos diversos profissionais envolvidos, até a reparação dos danos físicos e psíquicos e suas repercussões na qualidade de vida e na autoestima. Além disso, caso o câncer de mama associe-se à mastectomia haverá a perda de parte da capacidade de executar tarefas, bem como da autoestima, causando a redução da qualidade de vida (MANUEL *et al.* 2010; SABINO NETO *et al.*, 2012).

Não foram encontrados, na literatura pesquisada, uma padronização quanto à utilização de instrumentos que avaliassem a qualidade de vida no pós-operatório recente de um mês de mastectomia com ou sem a reconstrução mamária e suas repercussões na qualidade de vida e autoestima. Este achado estimulou a realização deste estudo, uma vez que pacientes que procuram a fisioterapia dermatofuncional, quando questionadas na avaliação fisioterapêutica, sobre em que momento de sua vida percebiam que os sentimentos negativos ocuparam espaço em seus pensamentos, e o quanto influenciavam em sua qualidade de vida e autoestima, nenhuma soube identificar. Considerou-se, assim, a relevância tanto para pacientes acometidos pelo câncer de mama como para a equipe multiprofissional, conhecer em que momento da evolução do paciente após a intervenção cirúrgica mastectomia com ou sem a reconstrução mamária, repercutirá a nova realidade em sua qualidade de vida e autoestima, e de que forma estes dados poderiam ser utilizados para monitorar o seu processo de tratamento e cura, comparar diferentes estágios de evolução da paciente, facilitar a tomada de decisão clínica, a terapêutica mais adequada, bem como quais os cuidados familiares, sociais, laborais e médicos deveriam ser adotados.

OBJETIVO

2. OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas com e sem reconstrução mamária após um mês da cirurgia.

LITERATURA

3. LITERATURA

CARVALHO (2002) relatou que cerca de 60% das formas de câncer são evitáveis, o que torna importantíssimo o trabalho de prevenção indicando, inclusive, o valor de uma política social de saúde, com atuação comunitária. Esse tipo de prevenção refletirá na qualidade de vida.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) traduziram, validaram e adaptaram culturalmente o instrumento Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM, criada em 1965, para a versão brasileira em 2004, seguindo a metodologia proposta por Guillemin, Bombardier e Beaton específico para avaliação da qualidade de vida e da autoestima. Esse instrumento é autoaplicável e composto por dez questões, sendo cinco itens que avaliam os pontos positivos e cinco itens que avaliam os pontos negativos.

VEIGA *et al.* (2004) avaliaram o impacto da reconstrução mamária tardia com retalho TRAM pediculado sobre a qualidade de vida de pacientes mastectomizadas. Avaliaram, prospectivamente, 25 pacientes submetidas à reconstrução tardia com o retalho musculocutâneo transversal do reto do abdome (TRAM) e 20 pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução. O SF-36 foi aplicado no pré e pós-operatório de três, seis e doze meses, bem como uma subescala de satisfação geral com os resultados. Observaram melhora ao longo dos doze meses em todas as dimensões do SF-36 e elevado grau de satisfação das pacientes, concluindo que a reconstrução mamária com o retalho TRAM proporcionou melhora da qualidade de vida das pacientes.

MAKLUF, DIAS, BARRA (2006), selecionaram 19 estudos sobre a avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, nas bases de dados *MEDLINE* (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), *Quality of Life Research*, *SciELO* (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Realizou-se a análise quanto ao momento em que foi medida a qualidade de vida, se durante ou após tratamento, quais os instrumentos utilizados para avaliar qualidade de vida, metodologia empregada, resultados e a possibilidade de comparação entre os estudos. Após a exploração dos artigos concluiu-se que existia uma dificuldade conceitual da expressão qualidade de vida, bem como inexistia consenso sobre qual instrumento a ser utilizado ou qual o melhor momento para se avaliar a qualidade de vida.

AVELAR *et al.* (2006), em estudo com 85 pacientes internadas na enfermaria de oncologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher com indicação de mastectomia ou quadrantectomia, utilizaram o instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy - General de Mama e a Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast*, anteriormente ao procedimento cirúrgico e após cerca de seis semanas. Foram avaliadas a ansiedade e a depressão por meio da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Das 85 pacientes avaliadas antes da cirurgia, 64 responderam seis semanas após a intervenção cirúrgica. Concluíram que a ansiedade e a depressão interligavam-se diretamente de forma significativa com o câncer de mama no pré-operatório. Porém, houve melhora significativa da ansiedade e da depressão após a cirurgia, em relação ao pré-operatório.

Apesar da melhora significativa das taxas de ansiedade e de depressão, posteriormente à cirurgia, esses sintomas ainda se mantiveram elevados nessas pacientes (25% ansiosas e 14% deprimidas).

REBELO *et al.* (2007), em estudo transversal, com 60 mulheres portuguesas submetidas à mastectomia ou tumorectomia e em tratamento quimioterápico, avaliaram a qualidade de vida de mulheres após câncer de mama, por meio dos questionários EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23. Verificaram que pacientes do gênero feminino e com idade mais avançada apresentaram melhor qualidade de vida que as mais jovens; além disso, observaram nas que eram casadas mais problemas quanto ao funcionamento físico quando comparadas às mais jovens, e as mulheres solteiras demonstraram maiores preocupações com a sua saúde no futuro e melhor funcionamento sexual.

O EORTC QLQ-C30 é um produto de mais de uma década de pesquisa colaborativa. Em 1993, esse instrumento foi utilizado por um grande número de pesquisadores em uma ampla gama de ensaios clínicos voltados para o câncer. Foi traduzido e validado em 81 idiomas e é utilizado em mais de 3.000 estudos em todo o mundo (SCOTT *et al.*, 2008).

ARNDT *et al.* (2008) compararam a qualidade de vida de pacientes submetidas à mastectomia e ao tratamento conservador, em um período de cinco anos. Foi utilizado o questionário de qualidade de vida EORTC QLQ-C30 em 315 pacientes. Concluíram que pacientes submetidas ao tratamento conservador apresentam benefícios em relação à imagem corporal e os aspectos psicossocial, bem como melhor qualidade de vida.

LOTTI *et al.* (2008) selecionaram artigos que avaliaram a qualidade de vida de mulheres, após algum tempo de tratamento para o câncer de mama, sendo pesquisas transversais, prospectivas ou de revisão. Dentre 511 artigos, 19 foram selecionados. Mencionaram quanto à dificuldade de realizar a comparação entre os resultados de cada trabalho, pois inexistiu padronização metodológica, bem como diferentes instrumentos foram utilizados para avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Porém, de uma forma geral, a sua qualidade de vida sofreu impacto negativo dos tratamentos cirúrgicos e adjuvantes, mesmo em longo prazo. Além disso, aquelas que passaram pela mastectomia mostraram-se mais propensas à pior qualidade de vida que as submetidas à cirurgia conservadora.

KOBAYASHI *et al.* (2009) avaliaram a capacidade funcional de 36 pacientes pós-reconstrução mamária, no pré-operatório e no terceiro e sexto mês pós-reconstrução com o TRAM, por meio da utilização do instrumento *Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)*, um dos instrumentos mais citados e utilizados para a avaliação do estado funcional. Na avaliação por componentes do HAQ-20, os componentes “levantar-se” e “apreender objetos” apresentaram piora quando comparados os períodos pré e pós-operatório; porém, na análise do escore final do HAQ-20 entre o pré-operatório e o terceiro mês houve diferença, mas não entre o pré-operatório e o pós-operatório de seis meses. Concluiu-se que inexistiu diminuição da capacidade funcional nas pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia com TRAM.

SAWADA *et al.* (2009) realizaram um estudo descritivo e transversal, cujo objetivo foi o de avaliar a qualidade de vida de 30 portadoras de câncer durante o tratamento de quimioterapia por meio do Questionário EORTC QLQ-C30. A pesquisa foi composta por 50% dos pacientes do gênero feminino e 50% dos pacientes gênero masculino, com média de idade de 40 anos, todos submetidos à quimioterapia no período de abril de 2006 a novembro de 2007, período esse posterior ao primeiro tratamento cirúrgico e/ou radioterapia. Demonstrou-se no estudo que 69,71% dos pacientes consideravam o estado geral de saúde razoável.

WILDES *et al.* (2009), realizaram um estudo transversal com 117 voluntárias com diagnóstico de câncer de mama, cujo propósito foi o de avaliar a existência de: associação da religiosidade (R), da espiritualidade (S) e da saúde com a Qualidade de Vida entre os sobreviventes de câncer de mama. Utilizou-se o instrumento *Functional Assessment of Cancer Therapy - General (FACT-G)* para a avaliação da capacidade funcional e, para avaliar a R e S, foi utilizado o Sistema de Inventário Crença - 15 Revisado (SBI-15R). Concluiu-se que as pacientes apresentaram graus muito elevados de religiosidade e espiritualidade, promovendo melhora do bem estar funcional e satisfação com a relação médico paciente.

VEIGA *et al.* (2010) avaliaram a qualidade de vida de 58 pacientes submetidas à mastectomia radical em Patey e Dyson e em 38 pacientes com cirurgia conservadora, no período de dezembro de 2005 a dezembro de 2006, com pelo menos um ano de pós-operatório, no Hospital das Clínicas de Pouso Alegre, Minas Gerais. A casuística obedeceu ao critério de conveniência. O questionário SF-36 foi o instrumento selecionado e

aplicado em sessão única pelo mesmo pesquisador. Concluiu-se que as pacientes mastectomizadas apresentaram piores resultados no componente físico da qualidade de vida, cujo impacto negativo foi mais acentuado entre pacientes mais jovens e com menor escolaridade.

SILVA, ALBUQUERQUE, LEITE (2010) demonstraram que o EORTC QLQ-C30 era um instrumento traduzido e validado em 81 idiomas e utilizado em mais de 3.000 estudos em todo o mundo. Compunha-se de 30 questões que definiam cinco escalas funcionais; três escalas de sintomas; um item de qualidade de vida em geral; e seis itens simples. As escalas eram formadas por uma única questão e o instrumento complementado por módulos específicos de doenças.

ZANDONAI *et al.* (2010) revisaram 25 artigos que apresentavam alta concentração de estudos na subcategoria qualidade de vida nos diferentes tipos de câncer de cabeça e pescoço (32%), conduzindo-os a pesquisar e a refletir sobre os inúmeros efeitos colaterais e secundários do tratamento, como as mutilações, alterações funcionais e estéticas que interferiam nas atividades de vida diária dos pacientes. Após a leitura e a investigação desses artigos notou-se que o instrumento EORTC QLQ-C30 era o mais utilizado, uma vez que explorava sintomas específicos do câncer, os efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida e satisfação com cuidado médico.

ARAÚJO (2010) avaliou, retrospectivamente, 51 pacientes do gênero feminino com câncer de mama que se submeteram à mastectomia ou ao

tratamento conservador e à reconstrução da mama. Observou aspectos peculiares em dois diferentes estratos de idade. Pacientes do gênero feminino com idade superior a de 50 anos relataram melhor satisfação no quesito percepção do corpo normal e ao recomendar o procedimento a uma amiga, com médias respectivas de $4,947 \pm 0,05$ e $4,632 \pm 0,15$. As mais jovens (com idade igual ou inferior a 50 anos) apresentaram um grau de satisfação significativamente superior nos quesitos não me arrependo e a reconstrução ajudou a enfrentar o câncer, com médias de $4,895 \pm 0,07$ e $4,947 \pm 0,05$, respectivamente.

OLIVEIRA, MORAIS, SARIAN (2010) avaliaram, prospectivamente, os efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de pacientes mastectomizadas. Foram incluídas 76 pacientes do gênero feminino e divididas em dois grupos, sendo um grupo composto por 41 pacientes submetidas à mastectomia associada à reconstrução imediata de mama (M+RI), e o outro grupo composto por 35 pacientes submetidas à mastectomia exclusiva (M). O instrumento utilizado foi o WHOQOL-100, aplicado no ato da internação, um mês e seis meses após a cirurgia. Observou-se em ambos os grupos uma redução significativa do grau de independência no primeiro mês de pós-operatório com recuperação significativa após seis meses da cirurgia. As pacientes submetidas à reconstrução mamária imediata beneficiam-se nos aspectos psicológicos da qualidade de vida, sem afetar a sua funcionalidade física.

MAJEWSHI *et al.* (2012), em revisão da literatura sobre a qualidade de vida de pacientes do gênero feminino com câncer de mama e submetidas à mastectomia, comparadas àquelas que realizaram cirurgia conservadora

identificaram 316 artigos, sendo 262 da base de dados Medline e 54 da Psycinfo. Contudo, para a inclusão, consideraram apenas ensaios clínicos randomizados que abordavam a qualidade de vida de pacientes submetidas à mastectomia em comparação com a cirurgia conservadora da mama, resultando em oito ensaios clínicos randomizados. Comparou-se o momento em que a qualidade de vida foi avaliada, durante ou após o tratamento, quais instrumentos utilizados na mensuração da qualidade de vida, bem como qual a metodologia aplicada e os resultados obtidos. Os resultados de quatro estudos indicaram maior impacto negativo na qualidade de vida em pacientes mastectomizadas; outros quatro artigos não evidenciam diferenças na qualidade de vida entre os grupos que passaram pelos dois tipos de intervenção.

SABINO NETO *et al.* (2012) selecionaram 36 voluntárias, divididas em dois grupos, sendo 18 pacientes do gênero feminino mastectomizadas sem reconstrução mamária e 18 que se submeteram à reconstrução mamária. A faixa etária de todas as pacientes compreendia 18 e 60 anos. O propósito da pesquisa foi o de avaliar o grau de atividade física, usando o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Os resultados no grupo de mastectomizadas sem reconstrução mamária demonstraram que 16,7% eram muito ativas, 61,1% ativas e 22,2% insuficientemente ativas. No grupo com a mama reconstruída, essas incidências foram de 55,6%, 33,3% e 11,1%, respectivamente. Houve diferença de significância estatística entre os grupos ($p < 0,0001$), concluindo-se que o grau de atividade física entre aquelas submetidas à reconstrução mamária mostrou-se melhor que entre as mastectomizadas sem reconstrução mamária.

PAREDES *et al.* (2013) avaliaram a qualidade de vida de 27 pacientes mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária imediata ou tardia, abordando os domínios físico, psicológico e social por meio da aplicação do questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOLL) abreviado. As pacientes entrevistadas avaliaram de forma positiva sua qualidade de vida, dentre as quais, 81% foram submetidas à reconstrução mamária imediata e a maioria (45%) atribuiu a nota 4 (boa) à pergunta “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” por outro lado, 60% das pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia atribuíram nota 5 (muito boa) à mesma pergunta.

FURLAN *et al.* (2013) realizaram um estudo qualitativo de caráter exploratório com 22 voluntárias, divididas em dois grupos, de acordo com a cirurgia realizada. O grupo 1 (n=11) foi formado por pacientes mastectomizadas e o grupo 2 (n=11), por pacientes pós-reconstrução da mama. A pesquisa teve como meta analisar o abalo causado pela mastectomia e, posteriormente, pela reconstrução da mama na qualidade de vida e na autoestima. As voluntárias de ambos os grupos responderam ao questionário Mini-Mental para breve avaliação da função cognitiva; a Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM UNIFESP/EPM avaliou a autoestima; o questionário EORTC QLQ-C30 avaliou a Qualidade De Vida, bem como a Escala Visual Analógica (EVA) avaliou a dor. Os resultados sugeriram que, em relação à qualidade de vida, quando se observava a função emocional, as voluntárias do grupo 1 apresentaram pior média em relação ao grupo 2. Quanto à autoestima, não foi observada diferença de significância estatística entre os dois grupos; porém, quando

considerada a idade, os resultados apresentam diferenças de significância estatística. Já em referência ao grau de dor, inexistiu diferença de significância estatística.

SUN *et al.* (2014) em um estudo transversal, avaliaram as diferenças de qualidade de vida entre pacientes que se submeteram à cirurgia conservadora do câncer de mama (n=254), mastectomia total (n=122) e a reconstrução mamária imediata (n=31). As pacientes foram avaliadas por meio dos instrumentos EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ Breast Cancer-Specific Module (EORTC QLQ-BR23LQ), Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM, Inventário de Depressão de Beck, Escala de Imagem Corporal e a CARES. Concluíram que a qualidade de vida foi melhor para o grupo de cirurgia conservadora; os grupos mastectomia e reconstrução mamária foram semelhantes em relação à qualidade de vida.

RONDELO *et al.* (2014), realizaram estudo transversal, avaliando a influência da reconstrução mamária tardia com TRAM na qualidade de vida de 30 pacientes mastectomizadas. As pacientes foram divididas em dois grupos, sendo 15 para o Grupo Estudo submetidas à reconstrução mamária há seis meses, e 15 para o grupo controle agendadas para o mesmo procedimento. Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o questionário SF-36 concluindo que a reconstrução mamária tardia com TRAM apresentou influência positiva na qualidade de vida. Em comparação ao grupo controle, as pacientes do grupo estudo apresentaram melhores escores do SF-36 nos domínios aspecto social, saúde mental e estado geral de saúde.

GOMES, SOARES, SILVA (2015), em estudo transversal, realizado na Clínica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (GO/HC/UFTM), com o propósito de analisar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e autoestima na qualidade de vida de pacientes submetidas à cirurgia oncológica de mama. Trinta e sete pacientes, com idade superior a 18 anos, submetidas à cirurgia oncológica há pelo menos um ano. Para a avaliação aplicou-se três questionários: o sociodemográfico e clínico; a escala de autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM; e para avaliar a qualidade de vida optou-se pelo questionário WHOQOL-brief. Observou-se que, apesar de as pacientes terem realizado uma cirurgia oncológica de mama, há pelo menos um ano da entrevista, observaram que os impactos sobre a qualidade de vida eram, ainda, evidentes. Constataram, também, a existência de influência da autoestima na qualidade de vida dessas pacientes, além de achados que permitiram identificar traços de que algumas pacientes experienciarão as dificuldades para enfrentar o câncer.

WEICHMAN *et al.* (2015) descreveram que pacientes avaliadas no período de três meses após a cirurgia não se recuperaram totalmente e, ainda, referiram dor no sítio cirúrgico, alterando a percepção de qualidade de vida. Foi determinado o período máximo de dois anos de pós-operatório, considerando-se a dificuldade de lembrar detalhes de seu tratamento cirúrgico após esse período.

ROHANI *et al.* (2015) realizaram um estudo longitudinal, comparativo e prospectivo realizado em dois momentos, sendo a fase pré-diagnóstico do câncer de mama e seis meses após o diagnóstico, cujo propósito foi o de investigar as mudanças na qualidade de vida, senso de coerência (SOC), espiritualidade e o enfrentamento religioso em comparação com um grupo controle. O estudo foi composto por 162 pacientes do gênero feminino com câncer de mama e o grupo controle com 210 pacientes do gênero feminino sem câncer de mama. Todas as pacientes responderam aos seguintes instrumentos em ambas as ocasiões: EORTC QLQ-C30, a Escala SOC, Escala Perspectiva Espiritual e a Breve Escala de *Coping* Religioso. Observou-se que nos primeiros seis meses, após o diagnóstico, ocorreu um comprometimento importante na qualidade de vida principalmente nos itens, funcionamento físico, fadiga e dificuldades financeiras. Sendo assim, concluiu-se que era importante a avaliação das pacientes, anteriormente ao diagnóstico definitivo de câncer de mama, para identificar a presença de risco de alterações da saúde relacionada à qualidade de vida.

VIEIRA *et al.* (2016) ressaltaram que existiam várias maneiras de avaliar-se os efeitos colaterais e sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama; contudo, eram pouco utilizadas no cotidiano das equipes multiprofissionais. Com a elevação do número de sobreviventes, o conhecimento da metodologia adotada para avaliar essas sequelas tornou-se fundamental, sendo primordial a sua mensuração clínica, para que a reabilitação empregada, o aperfeiçoamento dos resultados cosméticos, a qualificação do tratamento e aprimoramento da qualidade de vida sejam incluídos na prática diária de forma mais eficaz.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

Trata-se de estudo, primário, observacional, transversal, comparativo e analítico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP-UNIFESP) sob o número 188.615 (ANEXO 1), bem como pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Pérola Byington sob o número 054/11 (ANEXO 2). Todos os procedimentos seguiram os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos institucional, em observância às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4.1 CASUÍSTICA

Foram analisadas as informações de 90 pacientes do gênero feminino, e incluídas 89 pacientes, no período de agosto de 2013 a agosto de 2015, com média de idade de 50,3 anos ($DP^1 = 11,0$ anos), sendo observada idade mínima de 31 e máxima de 74 anos. A idade mediana foi de 49 anos. Todas as pacientes submetidas à mastectomização foram avaliadas após um mês da cirurgia, oriundas dos ambulatórios de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (HSP), da UNIFESP-EPM, Hospital Pérola Byington e Instituto Brasileiro de Controle de Câncer (IBCC).

¹ Desvio Padrão

Todas as pacientes, participantes deste estudo, receberam informação e esclarecimentos sobre como seria realizada a pesquisa e o seu delineamento. Após compreensão e anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

4.1.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a seleção das pacientes foram considerados os seguintes critérios de elegibilidade:

- Gênero feminino.
- Faixa etária superior ou igual a 30 anos.
- Sem restrição quanto à etnia, escolaridade e classe social.
- Pacientes do gênero feminino sem história de câncer de mama (Grupo Controle) ou submetidas ao tratamento cirúrgico do câncer de mama há mês ou reconstrução mamária há um mês.

4.1.2 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

- Pacientes que declinaram à participação no estudo.
- Realização de quimioterapia e radioterapia.

4.1.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes que duplicaram ou não preencheram corretamente os questionários.
- Que foram a óbito.

4.1.4 DISTRIBUIÇÃO DA CASUÍSTICA (n=90)

QUADRO 1. Distribuição da Casuística.

GRUPO	n	PACIENTES DO GÊNERO FEMININO
1	30	Mastectomia eem reconstrução mamária (um mês).
2	30	Com reconstrução mamária (um mês).
3	30	Sem alterações mamárias.

n - Tamanho da casuística.

4.2 ESCOLHA DO INSTRUMENTO

Em 29 de julho de 2011, foi autorizada (ANEXO 3) a utilização do instrumento *European Organization for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire “Core” 30 Items* (ANEXO 4) considerando-se ser um instrumento validado mundialmente e utilizado, especificamente, para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer.

4.2.1 QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30

O Questionário EORTC-QLQ-C30, desenvolvido pelo *Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC, 2001), é considerado um questionário de avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer, e constitui-se de 30 itens, divididos em três escalas (QUADRO 2).

QUADRO 2. Divisão das subescalas do questionário EORTC QLQ-C30.

QUALIDADE DE VIDA EM GRUPO ORGANIZAÇÃO EUROPEIA PARA PESQUISA E TRATAMENTO DO CÂNCER (EORTC)	
Uma Escala	Avaliação do estado global de saúde e qualidade de vida (QL2).
Cinco subescalas funcionais	<i>Câncer.</i>
Nove subescalas sintomáticas 14 subescalas	<i>Tratamento.</i>
Seis subescalas	<i>Avaliação dos sintomas relatados pelos pacientes com cancro.</i>
SUBESCALAS FUNCIONAIS (QL2)	
FF2	<i>Funcionamento físico.</i>
RF2	<i>Desempenho de papel.</i>
EF	<i>Funcionamento emocional.</i>
CF	<i>Funcionamento cognitivo.</i>
SF	<i>Funcionamento social.</i>
SUBESCALAS DAS ESCALAS SINTOMÁTICAS	
FA	<i>Fadiga</i>
NV	<i>Náuseas e vômitos</i>
PA	<i>Dor</i>
DY	<i>Falta de ar</i>
SL	<i>Insônia</i>
AP	<i>Falta de apetite</i>
CO	<i>Obstipação</i>
DI	<i>Diarreia</i>
FI	<i>Dificuldades financeiras</i>

O formato de resposta é do tipo Likert de quatro pontos (não ao muito) para as escalas funcionais, e para a escala global de saúde as respostas são de sete possibilidades de respostas (péssima a ótima). Os valores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam melhor grau de funcionamento e melhor qualidade de vida. Já os valores elevados nas escalas sintomáticas indicam maior sintomatologia e menor qualidade de vida. Os valores do questionário são convertidos para notas de 0 a 100, conforme a indicação no manual de cotação de SCOTT *et al.* (2008).

A pontuação das questões de 1 a 28 recebem uma variação de 1 a 4, em que (nota=1) não, (nota=2) pouco, (nota=3) moderadamente e (nota=4) muito. As questões 29 e 30 recebem uma pontuação que varia de 1 (péssima) a 7 (ótimo).

O escore varia de 0 a 100, em que 100 representa o melhor estado de saúde na escala de saúde global, enquanto na escala sintomatológica e funcional representa pior estado de saúde.

As fórmulas (SCOTT *et al.*, 2008) para cálculo dos escores compreenderam:

- Cálculo do *Raw Score* de cada escala:

$$RS = (Q1 + Q2 + \dots + Qn)/n$$

- Transformação linear (escores entre 0 a 100) \Rightarrow para as escalas funcionais:

Escore = $\{1 - [(RS-1)/\text{variação}]\} \times 100 \Rightarrow$ para a escala EGS/QUALIDADE DE VIDA: Escore = $[(RS-1)/\text{variação}] \times 100 \Rightarrow$ para as escalas/itens de sintomas:

$$\text{Escore} = [(RS-1)/\text{variação}] \times 100$$

4.2.1.1 Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM UNIFESP/EPM

Outro instrumento adotado foi a Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM (ANEXO 4) por tratar-se de instrumento validado mundialmente, bem como utilizado no Brasil para avaliar, especificamente, os aspectos negativos e positivos da autoestima de ambos os gêneros.

A Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM é composta por dez questões, sendo cinco itens que avaliam sentimentos positivos e cinco que avaliam o sentimento negativo de si mesmo, e são respondidos em uma escala do tipo Likert de quatro pontos que variam entre concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente (QUADRO 3).

QUADRO 3. Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM tipo Likert de quatro pontos.

VALORES DOS ITENS POSITIVOS			
0	1	2	3
Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
VALORES DOS ITENS NEGATIVOS			
3	2	1	0
Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente

A pontuação pode variar de 0 a 30, na qual zero representa melhor estado e 30 o pior estado de autoestima.

Após a pontuação ser registrada, todos os itens são somados, totalizando um valor único para cada escala que será satisfatório ou alto (escore até 30 pontos), médio (entre 21 e 30 pontos) e insatisfatório ou baixa para os escores menores que 20 pontos (DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004).

4.3 PROCEDIMENTOS

Após o encaminhamento e liberação das pacientes pelo cirurgião responsável, os prontuários médicos foram analisados e, posteriormente, as voluntárias foram submetidas à triagem nos ambulatórios dos hospitais, respeitando os critérios de inclusão e de não inclusão.

Três questionários de avaliação de qualidade de vida foram autoaplicados, em ambos os Grupos, por meio de entrevista pela própria pesquisadora responsável, previamente treinada, em antessala pré-determinada, em ambiente tranquilo e ergonômico, com boa iluminação, temperatura adequada e sempre na presença da pesquisadora para assegurar a privacidade e confidencialidade dos dados. Os formulários foram devidamente lacrados em envelope ofício e arquivados após o seu completo preenchimento. O lacre do envelope foi legitimado pela assinatura da pesquisadora responsável, para garantir que as informações, por sua natureza sigilosa, somente seriam lidas pela própria pesquisadora.

Para obtenção dos dados, foram aplicados um questionário sociodemográfico (APÊNDICE 2), um questionário sobre qualidade de vida,

o EORTC QLQ-C30, e a Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para atender aos objetivos propostos, foi realizada análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, autoestima e do EORTC QLQ-C30, por intermédio do cálculo da média, desvio padrão. Para as comparações de médias entre os Grupos utilizou-se a ANOVA. Com o teste de Qui-Quadrado verificou-se a existência de associações entre duas variáveis categóricas, ou o teste exato de Fisher, alternativamente, em casos de casuística pequena. O Alpha de Cronbach avaliou as consistências internas dos itens da escala EORTC QLQ-C30 e Rosenberg UNIFESP/EPM.

Para todos os testes estatísticos foram adotados um índice de significância de 5%.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1 DESFECHO PRIMÁRIO: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA E NA AUTOESTIMA

Foram selecionadas 90 pacientes, sendo 30 para o Grupo 1 mastectomia sem reconstrução mamária, 30 para o Grupo 2 mastectomia com reconstrução mamária e 30 Grupo 3 sem alterações mamária. A coleta de dados teve duração de 24 meses, sendo concluída em agosto de 2015.

TABELA 1. Medidas-resumo das idades por Grupo.

GRUPO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	1º QUARTIL	MEDIANA	3º QUARTIL	n	p
Idade	50,3	11,0	31,0	74,0	42,3	49,0	59,8	88	0,002
Mastectomizadas	54,9 ^A	12,0	31,0	74,0	47,0	52,5	64,3	30	
Reconstrução mamária	50,9 ^A	10,2	33,0	70,0	43,0	51,0	60,5	29	
Sem alterações mamárias	45,0 ^B	8,5	33,0	61,0	38,0	43,0	52,0	29	

n = Tamanho da Casuística.

p = Nível descritivo do teste exato de Fisher.

(A) e (B) Apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Duncan.

De acordo com a TABELA 1, verificaram-se diferenças de médias entre os Grupos ($p=0,002$). Desta forma, observou-se que o Grupo 2 mastectomizadas com reconstrução mamária apresentaram médias de idade superiores ao do Grupo 3 sem alteração mamária e similares entre si.

A TABELA 2 refere-se às principais características da casuística, bem como aos valores individuais das variáveis, escolaridade, estado civil, tipo de cirurgia e o lado mais acometido. Os dados obtidos das pacientes em

cada Grupo, e a comparação entre os Grupos foi realizada pelo Teste do Qui-quadrado, nível descritivo (*p-value*) de probabilidade do teste exato de Fisher para as pacientes do Grupos 1 e 2.

TABELA 2. Distribuição das pacientes por características demográficas e de cirurgia.

	GRUPO						TOTAL	<i>p</i>	
	MASTECTOMIZADAS		RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA		SEM ALTERAÇÕES MAMÁRIAS				
	n	%	n	%	n	%			n
Escolaridade	30	100,0	26	100,0	30	100,0	86	100,0	<0,001
Ensino Fundamental	18	60,0	16	61,5	5	16,7	39	45,3	
Ensino Médio	10	33,3	7	26,9	6	20,0	23	26,7	
Ensino Superior	2	6,7	3	11,5	10	33,3	15	17,4	
Pós-graduação	0	0,0	0	0,0	9	30,0	9	10,5	
Estado Civil	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,101
Casada	19	63,3	13	44,8	20	66,7	52	58,4	
Solteira	6	20,0	7	24,1	3	10,0	16	18,0	
Divorciada/Separada	0	0,0	6	20,7	4	13,3	10	11,2	
Viúva	5	16,7	3	10,3	3	10,0	11	12,4	
Tipo de Cirurgia	30	100,0	29	100,0	-	-	59	100,0	-
Mastectomia	1	3,3	0	0,0	-	-	1	1,7	
Mastectomia radial de maddem	2	6,7	0	0,0	-	-	2	3,4	
Mastectomia radical	12	40,0	0	0,0	-	-	12	20,3	
Mastectomia radical modificada	15	50,0	0	0,0	-	-	15	25,4	
Reconstrução com prótese	0	0,0	16	55,2	-	-	16	27,1	
Reconstrução com TRAM	0	0,0	9	31,0	-	-	9	15,3	
Reconstrução de grande dorsal	0	0,0	4	13,8	-	-	4	6,8	
Lado da mama¹	30	100,0	29	100,0	-	-	89	100,0	0,918
D	14	46,7	14	48,3	-	-	28	31,5	
E	15	50,0	13	44,8	-	-	28	31,5	
D e E	1	3,3	2	6,9	-	-	3	3,4	

n = Tamanho da Casuística.

p = Nível descritivo do teste exato de Fisher.

(1) Somente para as mulheres mastectomizadas ou com reconstrução mamária.

A TABELA 3 corresponde à estatística descritiva dos resultados obtidos nas subescalas do EORTC QLQ-C30 e os escores da escala de Rosenberg UNIFESP/EPM utilizados nos Grupos mastectomia com e sem Reconstrução mamária.

TABELA 3. Medidas-resumo dos escores de Rosenberg UNIFESP/EPM e subescalas de EORTC QLQ-C30 por Grupo.

GRUPO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	1º QUARTIL	MEDIANA	3º QUARTIL	n	p
Rosenberg									0,089 ^a
Mastectomizadas	7,7	5,9	0,0	23,0	2,8	6,5	12,0	30	
Reconstrução mamária	8,4	3,5	3,0	18,0	6,0	8,0	10,8	28	
Sem alterações mamárias	5,8	4,4	0,0	18,0	1,8	5,0	9,0	30	
EORTC QLQ-C30									0,945
Estado global de saúde e qualidade de vida									
Mastectomizadas	71,4	25,5	16,7	100,0	50,0	75,0	100,0	30	
Reconstrução mamária	71,6	27,1	8,3	100,0	50,0	83,3	91,7	29	
Sem alterações mamárias	73,3	22,3	25,0	100,0	50,0	75,0	91,7	30	
Escores funcionais									
Funcionamento Físico									0,674
Mastectomizadas	70,4	30,1	0,0	100,0	45,0	86,7	93,3	30	
Reconstrução mamária	71,7	26,5	0,0	100,0	70,0	80,0	93,3	29	
Sem alterações mamárias	85,1	18,7	20,0	100,0	86,7	93,3	93,3	30	
Desempenho Emocional									0,311
Mastectomizadas	59,4	37,8	0,0	100,0	33,3	58,3	100,0	30	
Reconstrução mamária	50,6	39,5	0,0	100,0	0,0	50,0	83,3	29	
Sem alterações mamárias	77,2	31,1	0,0	100,0	62,5	91,7	100,0	30	
Funcionamento Emocional									0,327 ^a
Mastectomizadas	60,6	32,3	0,0	100,0	31,3	66,7	91,7	30	
Reconstrução mamária	63,5	27,5	0,0	100,0	50,0	75,0	83,3	29	
Sem alterações mamárias	71,4	26,2	0,0	100,0	56,3	75,0	91,7	30	
Funcionamento Cognitivo									0,371
Mastectomizadas	73,9	27,6	0,0	100,0	50,0	83,3	100,0	30	
Reconstrução mamária	64,9	33,4	0,0	100,0	33,3	83,3	100,0	29	
Sem alterações mamárias	76,1	27,2	0,0	100,0	66,7	83,3	100,0	30	
Funcionamento Social									0,699
Mastectomizadas	65,0	39,0	0,0	100,0	33,3	83,3	100,0	30	
Reconstrução mamária	69,5	35,7	0,0	100,0	41,7	83,3	100,0	29	
Sem alterações mamárias	93,9	21,7	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	30	

p = Nível descritivo da ANOVA^(*) ou do teste de Kruskal-Wallis.

(...) Continuação folha 2-2

GRUPO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	1º QUARTIL	MEDIANA	3º QUARTIL	n	p
Escores de Sintomas									
Fadiga									0,249
Mastectomizadas	27,0	28,5	0,0	100,0	8,3	16,7	33,3	30	
Reconstrução mamária	33,3	27,1	0,0	88,9	11,1	22,2	55,6	29	
Sem alterações mamárias	21,5	19,1	0,0	66,7	8,3	16,7	33,3	30	
Náusea e Vômito									0,582
Mastectomizadas	10,0	22,6	0,0	83,3	0,0	0,0	16,7	30	
Reconstrução mamária	5,7	12,8	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	29	
Sem alterações mamárias	1,1	6,1	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	30	
Dor									0,360
Mastectomizadas	28,3	35,9	0,0	100,0	0,0	16,7	54,2	30	
Reconstrução mamária	35,6	38,0	0,0	100,0	0,0	16,7	66,7	29	
Sem alterações mamárias	18,3	24,5	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	30	
Dispneia									0,898
Mastectomizadas	8,9	23,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	30	
Reconstrução mamária	11,5	28,6	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	29	
Sem alterações mamárias	7,8	18,9	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	30	
Insônia									0,936
Mastectomizadas	44,4	43,2	0,0	100,0	0,0	50,0	100,0	30	
Reconstrução mamária	42,5	42,6	0,0	100,0	0,0	33,3	100,0	29	
Sem alterações mamárias	22,2	30,7	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	30	
Falta de Apetite									0,601
Mastectomizadas	22,2	38,5	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	30	
Reconstrução mamária	12,6	24,3	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	29	
Sem alterações mamárias	3,3	13,4	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	30	
Constipação									0,349
Mastectomizadas	21,1	35,5	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3	30	
Reconstrução mamária	29,9	39,2	0,0	100,0	0,0	0,0	66,7	29	
Sem alterações mamárias	16,7	21,0	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	30	
Diarreia									0,321
Mastectomizadas	6,7	22,1	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	30	
Reconstrução mamária	2,3	12,4	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	29	
Sem alterações mamárias	2,2	8,5	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	30	
Dificuldades Financeiras									0,405
Mastectomizadas	35,6	41,0	0,0	100,0	0,0	16,7	66,7	30	
Reconstrução mamária	26,4	37,1	0,0	100,0	0,0	0,0	50,0	29	
Sem alterações mamárias	8,9	27,6	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	30	

p = Nível descritivo da ANOVA(°) ou do teste de Kruskal-Wallis.

FIGURA 1. Box-Plot dos escores global e funcionais de EORTC QLQ-C30.

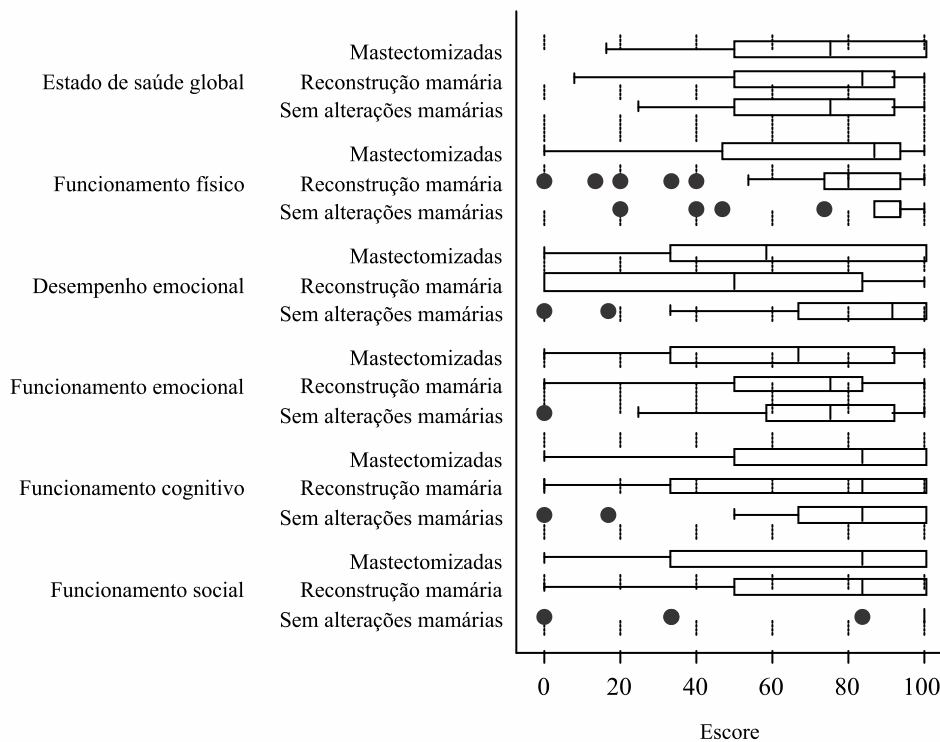
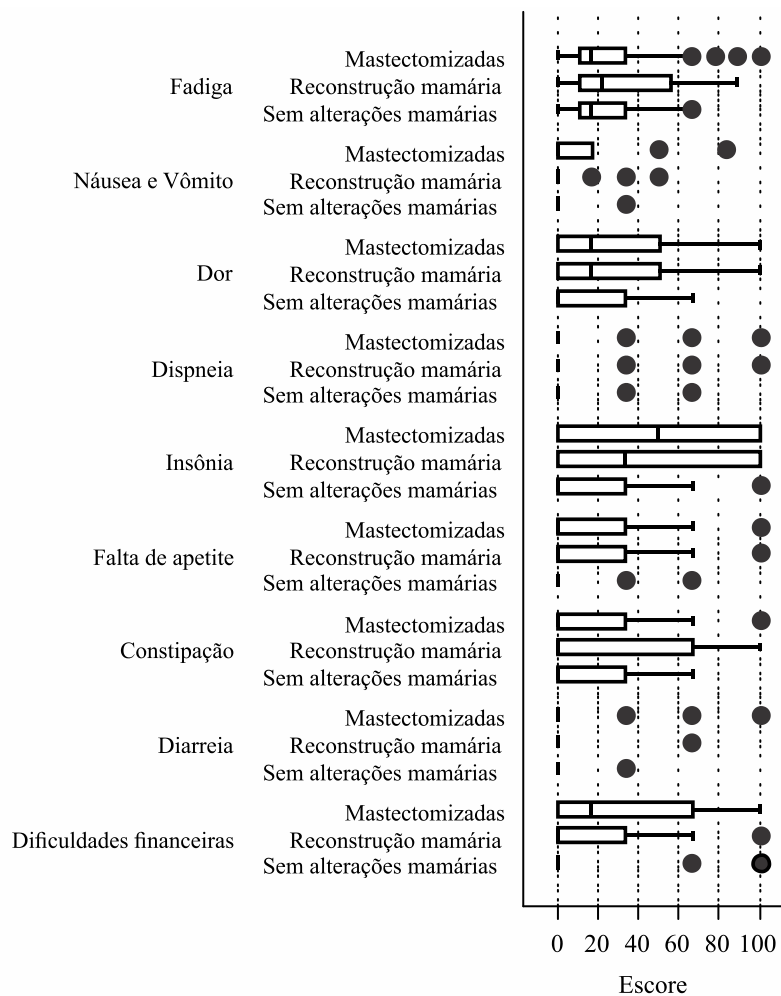


FIGURA 2. Box-Plot dos escores de sintomas de EORTC QLQ-C30.



De acordo com a TABELA 1 e FIGURAS 1 e 2, inexistiram diferenças de médias por Grupo para os escores de Rosenberg UNIFESP/EPM e subescalas de EORTC QLQ-C30.

O APÊNDICE 3 corresponde à distribuição das pacientes por itens do EORTC QLQ-C30, relativos aos três grupos avaliados, com o propósito de apresentar a porcentagem de respostas por itens (Não, Pouco, Moderadamente e Muito).

Foi apresentado o coeficiente Alpha Cronbach (não considerado teste estatístico), com a finalidade de avaliar a consistência interna dos itens da subescala de EORTC QLQ-C30 e da Escala de Rosenberg UNIFESP/EPM (Apêndices 4 e 5). O Alpha avalia a consistência interna ou confiabilidade e não a reprodutibilidade.

O teste Kolmogorov-Smirnov foi empregado para verificar a normalidade na distribuição das variáveis, condição necessária (ou requerida) pela ANOVA (Apêndice 6).

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Nos dias atuais, o diagnóstico de câncer ainda é percebido como um divisor de águas, considerando-se que o diagnóstico gera um impacto negativo na vida dessas pacientes. O câncer de mama pode remeter sentimentos como temor à mutilação, os preconceitos sociais, o medo da morte, sentimentos depressivos e de desvalorização social (MAKLUF, DIAS, BARRA, 2006). Outros fatores importantes observados após o diagnóstico e o tratamento proposto é o impacto na qualidade de vida e na autoestima.

No início do século XX, a visão do câncer como sentença de morte foi modificada com o avanço e o desenvolvimento da medicina frente ao entendimento da enfermidade oncológica. A descoberta de novos tratamentos abriu caminhos para possibilidades de cura e começaram a transformar o panorama da doença, trazendo esperança de maior sobrevida para muitos casos (CARVALHO, 2002).

Foram selecionadas, para este estudo, 90 pacientes do gênero feminino, e incluídas 89 pacientes, com idade mínima de 30 anos e submetidas à mastectomia com ou sem reconstrução mamária. Os mesmos critérios foram aplicados em relação à idade da casuística, em conformidade com os pesquisadores SABINO NETO *et al.* (2012), com idades entre 18 e 60 anos. Assim, optou-se por selecionar pacientes com idade superior a 30 anos devido à dificuldade de disponibilidade de pacientes de idade inferior e que preenchessem os critérios de elegibilidade para o estudo.

A média das idades foi de 50,3 anos (DP = 11,0 anos). No Grupo 1 mastectomia sem reconstrução mamária foi de 54,9±12 anos; o Grupo 2 mastectomia com reconstrução mamária 50,9±10,2 anos; e o Grupo 3 sem alteração nas mamas 45,0±8,5 anos. Estes dados aproximaram-se dos achados na literatura. No estudo de FURLAN *et al.* (2013), a média de idade das pacientes mastectomizadas foi de 52,0±13,98 anos e no grupo mastectomia com reconstrução de mama de 48,27 ±10,48 anos. No estudo de VEIGA *et al.* (2010), as pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária tinham média de idade de 50,5±7,4 anos.

A escolha do momento da avaliação das pacientes, tanto para o Grupo 1 mastectomia sem reconstrução mamária quanto para o Grupo 2 mastectomia com reconstrução mamária, foi de um mês após a cirurgia, por se tratar de um período em que a fase de recuperação ainda não se estabeleceu, tendo como objetivo avaliar se, neste momento, ocorriam repercussões na qualidade de vida e na autoestima. Este tempo de pós-operatório aproxima-se ao dos achados de OLIVEIRA, MORAIS, SARIAN (2010), pois avaliaram a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas com e sem reconstrução de mama no momento da intervenção, após um mês e, novamente, após seis meses de cirurgia. Outra pesquisa que corrobora com os dados deste estudo, é a de MAJEWSHI *et al.* (2012), em que revisaram a literatura sobre a qualidade de vida das pacientes submetidas à mastectomia, comparadas com as que realizaram a cirurgia conservadora no período de um mês a dois anos após a intervenção cirúrgica. Na pesquisa de FURLAN *et al.* (2013), foram avaliadas a

qualidade de vida e a autoestima de pacientes mastectomizadas com e sem reconstrução mamária após um mês de cirurgia.

Considerando-se o grau de instrução desta casuística, neste estudo observou-se associação entre escolaridade e Grupo ($p < 0,001$). O Grupo 3 sem alteração de mama apresentou maior porcentagem de ensino superior (33,3%) que os demais grupos; 45,3% de ambos os grupos possuíam ensino fundamental completo. No estudo de FURLAN *et al.* (2013), a maioria (45,5%) do grupo mastectomizadas sem reconstrução mamária era do ensino fundamental completo, enquanto o grupo mastectomizadas com reconstrução mamária foi composto, em sua maioria, por voluntárias com ensino médio completo representando 45,5%, enquanto que a única voluntária com ensino superior completo (9,1%) estava no grupo mastectomizadas com reconstrução mamária. De acordo com VEIGA *et al.* (2010), 45 pacientes, ou seja, 77,6% haviam recebido apenas o ensino básico (até oito anos) no grupo de pacientes mastectomizadas.

Neste estudo inexistiram associações entre estado civil e grupos ($p = 0,101$). No entanto, 58,4% das pacientes de ambos os grupos eram casadas.

Foram observados no grupo 1 pacientes mastectomizadas sem reconstrução mamária, que 50% apresentavam comprometimento da mama esquerda e 1% de ambas as mamas e no grupo 2 pacientes mastectomizadas com reconstrução mamária, 48,3% apresentavam comprometimento da mama direita e 2% de ambas as mamas, inexistindo diferença estatística. FURLAN *et al.* (2013), demonstrou prevalência de 63,6% de

comprometimento na mama esquerda no grupo mastectomia sem reconstrução mamária e 54,5% no Grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária). Neste estudo, para a avaliação da qualidade de vida e da autoestima, optou-se por utilizar o questionário EORTC QLQ C 30 para avaliar a Qualidade de Vida no câncer e a Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM para avaliar a Autoestima, ambos os questionários validados e traduzidos para a língua portuguesa. Do mesmo modo, VIEIRA *et al.* (2016) afirmaram que o instrumento *SF-36* era um questionário de qualidade de vida geral e não específico para pacientes oncológicos, já o EORTC QLQ-C30 avaliava a Qualidade de Vida em pacientes oncológicos de uma maneira geral. MAJEWSHI *et al.* (2012) demonstraram a inexistência de consenso no uso de questionários para avaliar a qualidade de vida, relatando que alguns utilizaram elaborados pelos próprios pesquisadores.

Estudos mais atuais correlacionam a saúde com a qualidade de vida, sendo esta uma nova etapa a ser atingida, pois historicamente, os resultados dos diversos tratamentos voltados a esta enfermidade têm sido medido primariamente em termos de cura, morbidade e mortalidade SABINO NETO *et al.* (2012), entretanto, no atual estudo não foram identificados repercussões na qualidade de vida e autoestima das pacientes após um mês da intervenção cirúrgica, pois se supunha que as mesmas apresentariam piora nestes índices, principalmente no Grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução mamária). Contudo, este não foi o resultado obtido. Este resultado poderia ser justificado pelo fato de as pacientes estarem, ainda, envolvidas com o tratamento da doença, ao alívio da retirada do tumor e

pelo enfrentamento, principalmente, da sentença de morte. Outro dado importante e relevante é o de que, quando as pacientes estão focadas no tratamento da enfermidade e menos na imagem pessoal, não se percebe as repercussões psicológicas. Além disso, acredita-se que estas pacientes ainda não tiveram a percepção real do impacto na sua imagem pessoal, ou seja, o impacto positivo ou negativo que a cirurgia pode ter promovido tanto após a mastectomia ou após a reconstrução mamária.

Neste estudo, após a utilização dos questionários EORTC QLQ-C30 e Escala de Autoestima de Rosenberg UNIFESP/EPM, não foram observadas repercussões na qualidade de vida e na autoestima das pacientes, considerando-se que o pós-operatório de um mês é muito recente, com a apresentação de sinais importantes e relevantes como o edema, limitações funcionais esperadas, recebendo orientações do próprio cirurgião plástico para, por exemplo, não realizar movimentos bruscos ou acima de 90 graus com os membros superiores. Outro fator limitante é a dor decorrente do próprio procedimento, a dificuldade de um posicionamento adequado para dormir, entre outras limitações físicas. FURLAN *et al.* (2013) avaliaram 22 voluntárias mastectomizadas com e sem reconstrução mamária, após um mês de cirurgia. Observaram maior fragilidade emocional no grupo sem reconstrução mamária. Em seu estudo VEIGA *et al.* (2004) demonstraram que a reconstrução mamária pós-mastectomia promoveu mudanças positivas significantes na qualidade de vida das participantes no período de 3, 6 e 12 meses de pós-operatório. Outro dado importante relatado foi o de que pacientes submetidas à mastectomia seguida de reconstrução mamária, há pelo menos um ano podem apresentar melhora na qualidade de vida.

Seria interessante a aplicação do questionário específico para avaliar a qualidade de vida e não um genérico? Pois VEIGA *et al.* (2004) utilizou o SF-36, sendo que este estudo sugere que seja aplicado o EORTC por ser específico para qualidade de vida no câncer.

MAJEWSHI *et al.* (2012) afirmam que a qualidade de vida tende a melhorar com o passar do tempo e que é relevante aplicar instrumentos em diferentes fases após a intervenção, para o acompanhamento de possíveis mudanças. Além disso, indícios sugeriram que o momento mais delicado para a qualidade de vida são os primeiros meses após a cirurgia. Sendo assim, este estudo optou por avaliar as pacientes no pós-operatório imediato de um mês, para o delineamento de um perfil destas pacientes e verificar em que momento as possíveis alterações psicológicas instalavam-se. É importante lembrar quanto às dificuldades em agendar o retorno das pacientes deste estudo, nos meses seguintes, por suas diversas limitações. Contudo, a importância deste mapeamento reside na viabilidade de planejar-se, junto à equipe de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, cuidadores, familiares entre outros, o melhor tratamento e reabilitação para este paciente e sua enfermidade.

Neste estudo inexistiram alterações na qualidade de vida das pacientes pós-reconstrução mamária de um mês, pois se acredita que alguns fatores poderiam ter influenciado nos resultados: (a) A superação do momento do diagnóstico a “morte”; (b) A hipótese de que, nesta fase, não houve tempo, ainda, para que a adaptação da paciente à sua nova autoimagem, um dos aspectos da autoestima, pois, a percepção da aparência continua alterada em decorrência dos sinais e dos sintomas apresentados pelas pacientes; (c)

Existência de incongruência normal entre a realidade física da aparência (como é vista pelos outros) e a percepção da aparência (como a paciente julga sua aparência), tanto no corpo como um todo, quanto na parte específica da mama. AVELAR *et al.* (2006) afirmaram que a qualidade de vida tende a melhorar nas primeiras semanas após a cirurgia de pacientes com câncer de mama; entanto, é fundamental que estas pacientes sejam acompanhadas e avaliadas durante o tratamento pós-operatório para a verificação da evolução dos sinais e sintomas, principalmente, a ansiedade e a depressão.

GOMES, SOARES, SILVA (2015) relataram que a autoestima relaciona-se diretamente às questões psicológicas e físicas, confirmando a importância de ter sentimentos positivos em relação a si mesmo nas diversas experiências vividas. Para SABINO NETO *et al.* (2012) a sensação de integridade corporal é essencial para o ser humano, e a mastectomia conduz à perda de parte da capacidade de executar tarefas diárias e da autoestima, contribuindo para o declínio na qualidade de vida. No presente estudo, a percepção dos pontos positivos ou negativos não foram identificados pelos instrumentos utilizados, pois as pacientes afirmaram que a maior preocupação consistia na enfermidade e não na nova realidade corporal, e que Deus havia permitido que passassem por esta situação como forma de aprendizado. Enfatizaram, ainda, que a prática religiosa, ou qualquer outra crença poderia afetar a percepção de vida individual de cada paciente podendo auxiliar no enfrentamento do câncer.

Muito embora o objetivo deste estudo não fosse o de investigar as questões referentes às crenças e à espiritualidade, não tendo sido aplicado,

portanto, nenhum questionário validado que avaliasse estas questões, considerou-se importante que fosse dedicada a devida atenção a estes parâmetros, pois é no momento da fragilidade humana que as pessoas buscam ao Ser superior, respeitando a crença de cada paciente. ROHANI *et al.* (2015) observaram 254 pacientes com câncer de mama em relação à qualidade de vida e aspectos religiosos. Utilizaram os instrumentos EORTC QLQ-C30, o Questionário do Senso de Coerência de Antonovsky (SOC), a Escala de Perspectiva Espiritual e a Escala Religiosa, na fase pré-diagnóstico e seis meses após o diagnóstico de câncer de mama. Concluíram que avaliações pré-diagnóstico poderiam identificar pacientes com risco de piora da qualidade de vida, bem como quanto aos aspectos religiosos poderiam influenciar de forma positiva ou negativa na qualidade de vida destas pacientes. GOMES, SOARES, SILVA (2015) afirmaram que a autoestima elevada, durante o período de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer de mama, poderia influenciar positivamente a qualidade de vida dessas pacientes, favorecendo seu bem-estar físico, psíquico e emocional. WILDES *et al.* (2009) destacaram que pacientes com histórico de câncer de mama apresentavam melhores índices de religiosidade e de espiritualidade, bem como se correlacionavam positivamente à qualidade de vida.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) ressaltaram que as questões referentes à aparência e aos padrões comportamentais associam-se à mídia, à sociedade e seriam determinadas pela própria pessoa. Neste estudo não foram observadas repercussões negativas na autoestima no pós-operatório de um mês de ambos os Grupos. Entretanto, o acompanhamento mensal

destas pacientes no ambulatório seria interessante, num período de 18 a 24 meses após a mastectomia com ou sem a reconstrução e mama, com a finalidade de identificar em que momento as alterações na autoestima ou na qualidade de vida são instaladas, percebendo-se o papel e a atuação do profissional de fisioterapia, ou seja, em que momento a reabilitação fisioterapêutica deverá ser empregada nestas pacientes, considerando-se as diversas terapêuticas disponíveis e que poderiam favorecer a reabilitação da paciente como um todo, desde a melhora da imagem corporal, da autoestima, da qualidade de vida, da funcionalidade e da adaptação à nova realidade.

VEIGA *et al.* (2004) mencionaram que a reconstrução mamária deveria ser oferecida para todas as pacientes pós-mastectomia uma vez demonstrados os efeitos positivos sobre a qualidade de vida. Conforme GOMES, SOARES, SILVA (2015) afirmaram, ao longo do período de diagnóstico, de tratamento e de acompanhamento do câncer de mama, uma autoestima elevada favorecerá positivamente a qualidade de vida e influenciará no bem estar físico, psíquico e emocional. ZANDONAI *et al.* (2010) demonstraram a importância no desenvolvimento de estudos com intervenções efetivas para subsidiar a prática de profissionais da saúde e garantir uma assistência qualificada e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida aos pacientes oncológicos. Neste estudo, inexistiram alterações significantes no pós-operatório de um mês no Grupo 2 Mastectomia Com Reconstrução mamária, quando comparado ao Grupo 1 Mastectomia Sem Reconstrução mamária. Certamente, o diagnóstico de câncer ainda se associa ao medo da morte; outro fator importante, e

mencionado pelas pacientes, foi o contexto da fé e da esperança em Deus que as fortalecia e as ajudava a enfrentar todos os desafios.

Baseando-se neste estudo, parece relevante que a avaliação da autoestima e qualidade de vida, de pacientes submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama, deve ser realizada de maneira mais efetiva, por profissionais da área da saúde e por pesquisadores, nos diversos momentos do enfrentamento ao câncer, desde o seu diagnóstico, tratamento medicamentoso, cirúrgico, psicológico até a sua reabilitação fisioterapêutica, considerando-se a dificuldade em identificar se a paciente já apresentava alterações em sua imagem pessoal, autoestima e qualidade de vida no período de diagnóstico da enfermidade ou se as repercussões surgiriam após a cirurgia de retirada do tumor, ou mesmo após a cirurgia de reconstrução mamária. Corroborando com estes achados, KOBAYASHI *et al.* (2009) destacaram a importância de que estudos futuros fossem realizados, correlacionando a capacidade funcional das pacientes, devido à dificuldade em avaliar se uma função encontra-se preservada no período do pós-operatório ou mesmo se existiriam parâmetros de avaliação no estado pré-operatório, uma vez que estas informações seriam relevantes para capacitar o médico a mensurar a percepção de saúde de suas pacientes e para avaliar o benefício de sua intervenção, tornando o tratamento mais objetivo, considerando-se, ainda, que a paciente seria tratada por uma equipe multiprofissional, promovendo maior precisão de diagnósticos para o seu encaminhamento a profissionais específicos, colaborando com uma evolução cada vez melhor quanto à qualidade de vida e à autoestima.

Segundo a análise estatística realizada neste estudo as diversas subescalas funcionais e sintomáticas do questionário EORTC QLQ-C30, de forma geral, revelaram que os Grupos mastectomizadas com e sem reconstrução mamária, não apresentaram repercussões significantes na qualidade de vida quando comparados no pós-operatório imediato; porém, quando analisados, isoladamente, a escala de sintomas “Você se sentiu irritado(a) facilmente?”, o Grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) apresentou porcentagem maior de resposta “moderadamente” (20,7%) e o Grupo 1 (mastectomizadas sem reconstrução mamária), o menor (10,0%). Já o Grupo 3 (sem alteração de mama) apresentou porcentagem maior de resposta “pouco” (43,3%), provavelmente, por se tratar de um Grupo com 63,3% de pacientes atuantes no Ensino Superior, em que o grau de cobrança e de estresse era ainda maior. Estes achados estão em conformidade com a afirmação de OLIVEIRA, MORAIS, SARIAN (2010), pois pacientes no primeiro mês de pós-operatório de mastectomia com ou sem reconstrução mamária apresentam índice de independência reduzido, o que pode gerar irritabilidade.

Na escala de sintomas deste estudo, quando as pacientes eram questionadas sobre se “sentiam fracas e com falta de apetite”, 20,7% do Grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) respondeu moderadamente e no Grupo 3 (sem alterações de mamas) 93,3% respondeu não ter falta de apetite. Sugerindo que o Grupo 2 (mastectomizadas com reconstrução mamária) encontrava-se no primeiro mês de pós-operatório e, portanto, as limitações eram evidentes devido à cirurgia de grande porte e, nesta fase, a paciente precisa das orientações fisioterapêuticas no quesito

adaptação das atividades de vida diárias (AVD's), bem como de orientações para seus cuidadores e familiares para que, aos poucos, as AVD's sejam retomadas e a paciente sintasse mais motivada e, conseqüentemente, alimentasse-se melhor e não apresente os sintomas de fraqueza.

Outro fator observado neste estudo referiu-se à questão “A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?” Comparando-se com os demais grupos, o Grupo 3 Sem Alteração de Mama apresentou porcentagem superior de resposta “não” (90,0%) pois se trata de um grupo saudável, ou seja, sem alterações nas mamas. O Grupo 1 (Mastectomizadas Sem Reconstrução mamária), por sua vez, apresentou as maiores porcentagens de respostas “pouco” (20,0%) e “muito” (26,7%) comparativamente aos demais grupos. Estes resultados provieram das limitações encontradas pela própria intervenção cirúrgica e em decorrência dos cuidados impostos para as pacientes nos primeiros meses. De acordo com RONDELO *et al.* (2014) a cirurgia plástica reparadora não possui a finalidade de tornar uma pessoa mais ou menos feliz, mas auxiliá-la em seus aspectos físicos e emocionais.

Neste estudo, quando as pacientes foram questionadas quanto a “A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?” O Grupo 2 (mastectomia com reconstrução mamária) apresentou porcentagem superior da resposta “moderadamente” (31,0%) que os demais Grupos. Já o Grupo 3 (sem alteração de mama) apresentou porcentagem maior de resposta negativa (93,3%), uma vez que se trata de um grupo que não sofreu nenhum tipo de intervenção cirúrgica. Em contrapartida, OLIVEIRA, MORAIS, SARIAN (2010) avaliaram pacientes por meio do WHOQOL-100 na data da internação, após um mês e após seis meses de cirurgia de reconstrução mamária, e não identificaram alterações nos domínios relacionados aos aspectos físicos, sociais e de meio ambiente nos três momentos da avaliação. KOBAYASHI *et al.* (2009) avaliaram a

capacidade funcional no do primeiro tempo da cirurgia após a reconstrução mamária de 36 pacientes submetidas à reconstrução mamária. A avaliação foi realizada no período pré e pós-operatórios de três e seis meses, pelo instrumento *Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)*. Concluíram que inexistiu redução da capacidade funcional nas pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia, com TRAM. Esses achados foram relevantes e aceitáveis, devido à ocorrência de manipulações anatômicas importantes decorrentes da reconstrução mamária, e que, em tese, poderiam ocasionar desconfortos ou adaptações físicas e alterações posturais transitórias ou definitivas, devendo-se considerar a individualidade de cada ser humano e sua fragilidade emocional.

A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras? O Grupo 1 mastectomizadas sem reconstrução de mama apresentou porcentagem menor de resposta “não” (50,0%) que os demais Grupos. Acredita-se que a presença deste fator advenha do tratamento oferecido no Sistema Único de Saúde (SUS). Em contrapartida, o Grupo 3 sem alteração de mama apresentou porcentagem maior de resposta negativa (90,0%), uma vez que neste Grupo todas estavam ativamente empregadas. Este resultado corrobora com os achados de SAWADA *et al.* (2009), embora com outro enfoque metodológico. Os autores observaram a dificuldade financeira de pacientes portadores de câncer que, apesar do tratamento decorrente da doença ser complexo e oneroso, esse fato não trouxe dificuldades financeiras significantes e que, o atendimento do SUS, havia proporcionado a cobertura total do tratamento.

Como perspectivas, sugere-se que estudos prospectivos necessitam ser realizados, utilizando os Questionários EORTC QLQ-C30 módulo QLQ BR23 específico, para avaliar a qualidade de vida em pacientes com câncer de mama, bem como a Escala de Perspectiva Espiritual, Escala Religiosa, Imagem Pessoal, Depressão e Ansiedade, desde o momento do diagnóstico até a última intervenção cirúrgica e posteriormente à alta da paciente, para analisar a existência de alguma alteração psicológica ou de distúrbio de imagem, no pré-diagnóstico do câncer de mama, bem como a presença de sintomas e efeitos colaterais relacionados a diferentes modalidades de tratamento, impactando de forma negativa ou positiva sobre a imagem corporal, a sexualidade, a espiritualidade, a religiosidade e as perspectivas em todas as fases do tratamento proposto pela equipe multiprofissional.

CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

Mulheres mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária após um mês da cirurgia não apresentaram repercussões na qualidade de vida e na autoestima.

REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Araújo ALN, França JCQ, Nunes AL, Silva Júnior VB, Vieira SC. Grau de satisfação após mastectomia com reconstrução mamária. ACM Arq Catarin Med. 2010 Abr-Jun;39(2):43-9. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/799.pdf>>.

Arndt V, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Quality of life over 5 years in women with breast cancer after breast-conserving therapy versus mastectomy: a population-based study. J Cancer Res Clin Oncol. 2008 Dec;134(12):1311-8.

Avelar AMA, Derchain SFM, Camargo CPP, Lourenço LS, Sarian LOZ, Yoshida A. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia. Rev Ciênc Méd. 2006 Jan-Fev;15(1):11-20, . Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/viewFile/1131/1106>>.

Carvalho MM. Psico-oncologia: história, características e desafios. Psicol USP. 2002;13(1);151-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

Conde DM, Pinto Neto AM, Freitas Junior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006 Mar; 28(3):195-204. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30847.pdf>>.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg UNIFESP/EPM. Rev Bras Cir Plást. 2004 Jan-Abr;19(1):47-52. Disponível em: <<http://www.rbc.org.br/imagebank/pdf/19-01-04pt.pdf>>.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiat. 1999 Jan-Mar; 21(1):19-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>.

Furlan VLA, Sabino Neto M, Abla LEF, Oliveira CJR, Lima AC, Ruiz BRO et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução mamária. Rev. Bras. Cir. Plást. 2013 Jun;28(2):264-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n2/v28n2a16.pdf>>.

Gomes NS, Soares MBO, Silva SR. Autoestima e Qualidade de Vida de mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama. REME Rev Min Enferm. 2015 abr-jun;19(2):120-6.

Kobayashi LA, Aquino MS, Garcia BE, Sabino NETO M, Ferreira LM. Capacidade funcional após reconstrução mamária tardia com retalho TRAM pediculado. ACM Arq Catarin Med. 2009;38(1):64-6. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/652.pdf>>.

Lotti RCB, Barra AA, Dias RC, Makluf ASD. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. Rev Brasil Cancerol. 2008;54(4):367-71. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v04/pdf/367_372_Impacto_do_Tratamento_de_Cancer_de_Mama.pdf>.

Majewshi JM, Lopes ADF, Davoglio T e Leite JCC. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. Ciênc Saúde Coletiva, 17(3):707-16, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a17.pdf>>

Makluf ASD, Dias RC, Barra AA . Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. Quality of life assessment in women with breast câncer. Rev Bras Cancerol. 2006;52(1):49-58. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf>.

Manuel J, Kokuba EN, Sabino Neto M, Santos AS, Ferreira LM. Perfil de pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia atendidas em hospital universitário do município de São Paulo. Saúde Coletiva. 2010 Abr;07(39):82-86. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84212374004.pdf>>.

Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010 Dez;32(12):602-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n12/a07v32n12.pdf>>.

Paredes CG, Pessoa SGP, Peixoto DTT, Amorim DN, Araújo JS, Barreto PRA. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Rev Bras Cir Plást.* 2013 Mar; 28(1):100-4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/17.pdf>>.

Rebelo V, Rolim L, Carqueja E, Ferreira S. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, saúde & doenças.* 2007;8(1):13-32. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1127/1/PSD%202007%208%281%29%2013-22.pdf>>.

Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Mar 28;13:40. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392858/pdf/12955_2015_Article_229.pdf>.

Rondelo JC, Di Martino M, Mermerian T, Veiga DF, Abla LEF, Gebrin LH et al. Qualidade de Vida em pacientes submetidas à reconstrução mamária com retalho miocutâneo transverso do reto abdominal. 2014;29(1):79-83. Disponível em: <www.rbc.org.br/export-pdf/1493/v29n1a13.pdf>.

Sabino Neto M, Moreira JR, Resende V, Ferreira LM. Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. Rev Bras Cir Plást. 2012 Dec;27(4):556-1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbc/v27n4/15.pdf>>.

Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Rev Esc Enferm. USP . 2009 Set;43(3):581-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n3/a12v43n3.pdf>>.

Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK, Bottomley A, de Graeff A, Groenvold M et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values. EORTC Publications, 2008: Brussels, Belgium; 2008. Disponível em: <http://groups.eortc.be/qol/sites/default/files/img/newsletter/reference_values_manual2008.pdf>.

Silva ALAL, Freire MAMS, Sabino Neto M, Garcia EB, Ferreira LM. Qualidade de vida após tratamento da assimetria mamária. Sci Med 2007;17(1):9-13. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1637/1838>>.

Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(2):227-36. Disponível em: <bibliofarma.com/download/7940/>.

Sun CS, Cantor SB, Reece GP, Crosby MA, Fingeret MC, Markey MK. Assessing Women's Preferences and Preference Modeling for Breast Reconstruction Decision-Making. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2014 Mar;2(3):e125. Disponível em: <[Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo Junior I, Veiga Filho J, Juliano Y et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2010 Mar;10\(1\):51-7.](http://pdfs.journals.lww.com/prsgo/2014/03000/Assessing_Women_s_Preferences_and_Preference.3.pdf?token=method|ExpireAbsolute;source|Journals;ttl|1474765485939;payload|mY8D3u1TCCsNvP5E421JYK6N6XICDamxByyYpaNzk7FKjTaa1Yz22MivkHZqjGP4kdS2v0J76WGANHACH69s21Cs k0OpQi3YbjEMdSoz2UhVybfqQxA7IKwSU1A502zQZr96TQRwhVlocE p/sJ586aVbcBFlltKNKo+tbuMfL73hiPqJliudqs17cHeLcLbV/CqjIP3IO0jG HlHQtJWcICDdAyGJMnpi6RlbeJaRheGeh5z5uvqz3FLHgPKVXJzd175 BwHQanwm5JXchVYUHz31uvGden5BFwDGK0SmVB2Q=;hash|YcIsHT SYJslSyq63ICsEkw==>.</p></div><div data-bbox=)

Veiga DF, Sabino Neto M, Ferreira LM, Garcia EB, Veiga Filho J, Novo NF et al. Quality of life outcomes after pedicled TRAM flap delayed breast reconstruction. *Br J Plast Surg.* 2004 Apr;57(3):252-7.

Vieira RAC, Silva FCB, Biller G, Silva JJ, Paiva CE, Sarri AJ. Instrumentos de avaliação quantitativa e qualitativa das sequelas relacionadas ao tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia*. 2016;26(3):126-32. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/06/MAS_v26n3_126-132.pdf>.

Weichman KE, Broer PN, Thanik VD, Wilson SC, Tanna N, Levine JP et al. Patient-Reported Satisfaction and Quality of Life following Breast Reconstruction in Thin Patients: A Comparison Between Microsurgical and Prosthetic Implant Recipients. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Aug;136(2):213-20.

Wildes KA, Miller AR, de Majors SS, Ramirez AG. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psychooncology*. 2009 Aug;18(8):831-40. Disponível em: <[http://lib.education.vnu.edu.vn:8121/bitstream/123456789/193/1/Clinical Psychology09203.pdf](http://lib.education.vnu.edu.vn:8121/bitstream/123456789/193/1/Clinical%20Psychology09203.pdf)>.

Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(3):554-61. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/6957/7876>>.

NORMAS ADOTADAS

NORMAS ADOTADAS

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct]. Available from: URL: <http://www.icmje.org>.

Orientação normativa para elaboração e apresentação de teses: guia prático. Ferreira LM, coordenadora; Goldenberg S, Nahas FX, Barbosa MVJ, Ely PB, organizadores. São Paulo: Livraria Médica Editora; 2008.

ABSTRACT

ABSTRACT

INTRODUCTION: After the diagnosis and treatment of breast cancer, some women experience physical, social and emotional changes that impact often the quality of life and self-esteem. To assess the quality of life and self-esteem of patients undergoing mastectomies or not breast reconstruction after a month of surgery. **Methods:** The sample consisted of 90 patients aged less than 30 years, submitted or not to breast reconstruction, and coming from the clinics of plastic surgery and Mastology of the Hospital Pérola Byington. Group 1 (n = 30) composed of the mastectomy patients without breast reconstruction; Group 2 (n = 29) who underwent mastectomy with breast reconstruction; and Group 3 (n = 30) patients without changes in the breasts. For the assessment of quality of life, the instruments validated for use in Brazil *European Organization for Research and Tratamento of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) EORTC QLQ-C30 and Rosenberg UNIFESP/EPM UNIFESP/EPM Self-Esteem Scale were applied. **Results:** In the group 1 mastectomized patients without breast reconstruction were observed, 50% had left breast compromise and 1% of both breasts, and in the group 2 mastectomized patients with breast reconstruction, 48.3% had right breast involvement and 2% Of both breasts. There were no changes in the quality of life and self-esteem of patients submitted to mastectomy with or without breast reconstruction after one month of surgery. **Conclusion:** Women submitted to mastectomy with or without breast reconstruction were not influenced by quality of life and self-esteem after one month of surgery.

APÊNDICES

APÊNDICE 1.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO TRABALHO: Qualidade de vida e autoestima no pós-operatório de um mês em pacientes mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa.

Serão convidadas a participar desta pesquisa mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução mamária após um mês do procedimento cirúrgico. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida e autoestima após um mês da mastectomia com ou sem a reconstrução mamária.

Sua participação neste estudo não é remunerada, assim também como os pesquisadores não terão qualquer benefício financeiro com ele.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Prof. Miguel Sabino Neto, que pode ser encontrado na Rua: Napoleão de Barros 715 4o. andar, Vila Clementino, Cep: 04024-002 - São Paulo, SP – Brasil, Telefone: (011) 55764118 Fax: (011) 5571657. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Botucatu, 572, 1º andar, cj14, telefone: (11)5571-1062, Fax: (11)539-7162, ou E-mail: cepunifesp@epm.br. O paciente tem garantida a liberdade

de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Qualidade de vida e autoestima no pós-operatório de um mês de pacientes mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária”. Eu discuti com a responsável Vanessa Lacerda Alves sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Sua participação neste estudo não acarreta riscos à saúde, e você tem assegurada seu direito à privacidade.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício. Declaro que a pesquisadora me explicou os objetivos desta pesquisa e os procedimentos e que serei submetida (responder aos questionários) e que li e compreendi este formulário de consentimento.

São Paulo, ____/____/____.

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

PESQUISADOR

APÊNDICE 2. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. DADOS PESSOAIS:

Nome: _____
 Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: F M
 Estado Civil: _____ Profissão: _____ Nacionalidade: _____ Escolaridade: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ Tel.Res.: _____
 Celular: _____ Email: _____

2. ANAMNESE: Queixa Principal: _____

HMPA: _____
 N de Gestações: _____ Tipo de Parto: Cesária: Normal Amamentou Sim Não N de Filhos: _____

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Câncer: Sim Não Qual?: _____ Quanto tempo? _____
 Fez: Quimioterapia Radioterapia Hormonioterapia Outros _____ Quantas sessões: _____
 Está em tratamento: Quimioterapia Radioterapia Hormonioterapia Outros _____
 Tipo de cirurgia (mastectomia parcial ou radical): _____
 Reconstrução mamária: Expansor Prótese TRAN Gde Dorsal Data: _____
 Problemas circulatórios: Sim Não Qual? _____
 Problemas cardíacos: Sim Não Qual? _____
 Alergia: Sim Não Qual? _____
 Distúrbios tireoideanos: Sim Não Qual? _____ Epilepsia: Sim Não
 Hipertensão Hipotensão
 Ciclo menstrual regular: Sim Não _____ Climatério TPM Sim Não
 Reposição hormonal: Sim Não Menarca Anticoncepcional qual? _____
 Ovários Policísticos: Sim Não Endometriose: Sim Não Mioma: Sim Não
 Dor: Sim Não Onde? _____
 Medicamento em uso _____
 Outras observações: _____

4. HÁBITOS E VÍCIOS

Fumante: Sim Não Qtos? _____ Ingestão de bebida alcoólica: Sim Não Qto? _____
 Atividade física: Sim Não Quantas Vezes? _____ Fisioterapia: Sim Não

5. SINAIS VITAIS: PA _____ FC _____ FR _____

Eu, _____ RG: _____ declaro
 que todas as informações acima são verdadeiras.

 PACIENTE

 PESQUISADOR

APÊNDICE 3. TABELA 4. DISTRIBUIÇÃO DAS PACIENTES POR ITENS DE EORTC QLQ-30

	GRUPOS										p
	MASTECTOMIZADAS		RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA		SEM ALTERAÇÕES MAMÁRIAS		TOTAL				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
PF 1	Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?										0,052 ^a
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
Não	11	36,7	7	24,1	15	50,0	33	37,1			
Pouco	2	6,7	6	20,7	8	26,7	16	18,0			
Moderadamente	8	26,7	6	20,7	5	16,7	19	21,3			
Muito	9	30,0	10	34,5	2	6,7	21	23,6			
PF 2	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?										0,509
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
Não	12	40,0	14	48,3	14	46,7	40	44,9			
Pouco	4	13,3	4	13,8	9	30,0	17	19,1			
Moderadamente	8	26,7	7	24,1	4	13,3	19	21,3			
Muito	6	20,0	4	13,8	3	10,0	13	14,6			
PF 3	Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?										0,956
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
Não	23	76,7	21	72,4	25	83,3	69	77,5			
Pouco	2	6,7	2	6,9	2	6,7	6	6,7			
Moderadamente	2	6,7	3	10,3	1	3,3	6	6,7			
Muito	3	10,0	3	10,3	2	6,7	8	9,0			
PF 4	Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?										0,099
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
Não	18	60,0	21	72,4	26	86,7	65	73,0			
Pouco	5	16,7	5	17,2	2	6,7	12	13,5			
Moderadamente	5	16,7	0	0,0	1	3,3	6	6,7			
Muito	2	6,7	3	10,3	1	3,3	6	6,7			
PF 5	Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?										0,057
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
Não	23	76,7	23	79,3	30	100,0	76	85,4			
Pouco	3	10,0	2	6,9	0	0,0	5	5,6			
Moderadamente	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1			
Muito	3	10,0	4	13,8	0	0,0	7	7,9			

Continua folha 1-5 (...)

(...) Continuação folha 2-5

	GRUPOS										p
	MASTECTOMIZADAS		RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA		SEM ALTERAÇÕES MAMÁRIAS		TOTAL				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
RF 6	Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?										0,072
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
	Não	16	53,3	12	41,4	20	66,7	48	53,9		
	Pouco	3	10,0	4	13,8	7	23,3	14	15,7		
	Moderadamente	2	6,7	4	13,8	1	3,3	7	7,9		
	Muito	9	30,0	9	31,0	2	6,7	20	22,5		
RF 7	Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?										0,305
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
	Não	12	40,0	8	27,6	18	60,0	38	42,7		
	Pouco	5	16,7	6	20,7	4	13,3	15	16,9		
	Moderadamente	5	16,7	4	13,8	2	6,7	11	12,4		
	Muito	8	26,7	11	37,9	6	20,0	25	28,1		
DY 8	Você teve falta de ar?										0,950
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
1	Não	25	83,3	24	82,8	25	83,3	74	83,1		
2	Pouco	3	10,0	2	6,9	3	10,0	8	9,0		
3	Moderadamente	1	3,3	1	3,4	2	6,7	4	4,5		
4	Muito	1	3,3	2	6,9	0	0,0	3	3,4		
PA 9	Você tem tido dor?										0,539
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
	Não	15	50,0	12	41,4	16	53,3	43	48,3		
	Pouco	7	23,3	7	24,1	7	23,3	21	23,6		
	Moderadamente	5	16,7	2	6,9	4	13,3	11	12,4		
	Muito	3	10,0	8	27,6	3	10,0	14	15,7		
FA 10	Você precisou repousar?										0,056
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
	Não	14	46,7	14	48,3	22	73,3	50	56,2		
	Pouco	5	16,7	6	20,7	7	23,3	18	20,2		
	Moderadamente	5	16,7	4	13,8	0	0,0	9	10,1		
	Muito	6	20,0	5	17,2	1	3,3	12	13,5		
SL 11	Você tem tido problemas para dormir?										0,095
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
	Não	13	43,3	12	41,4	17	56,7	42	47,2		
	Pouco	2	6,7	5	17,2	8	26,7	15	16,9		
	Moderadamente	7	23,3	4	13,8	3	10,0	14	15,7		
	Muito	8	26,7	8	27,6	2	6,7	18	20,2		
FA 12	Você tem se sentido fraco/a?										0,039
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0			
	Não	20	66,7	17	58,6	21	70,0	58	65,2		
	Pouco	4	13,3	4	13,8	8	26,7	16	18,0		
	Moderadamente	1	3,3	6	20,7	0	0,0	7	7,9		
	Muito	5	16,7	2	6,9	1	3,3	8	9,0		

Continua folha 3-5 (...)

(...) Continuação folha 3-5

	GRUPOS										<i>p</i>
	MASTECTOMIZADAS		RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA		SEM ALTERAÇÕES MAMÁRIAS		TOTAL				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
AP 13 Você tem tido falta de apetite?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,043	
1 Não	21	70,0	21	72,4	28	93,3	70	78,7			
2 Pouco	3	10,0	6	20,7	1	3,3	10	11,2			
3 Moderadamente	1	3,3	1	3,4	1	3,3	3	3,4			
4 Muito	5	16,7	1	3,4	0	0,0	6	6,7			
NV 14 Você tem se sentido enjoado/a?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,129	
Não	23	76,7	23	79,3	29	96,7	75	84,3			
Pouco	4	13,3	3	10,3	1	3,3	8	9,0			
Moderadamente	0	0,0	2	6,9	0	0,0	2	2,2			
Muito	3	10,0	1	3,4	0	0,0	4	4,5			
NV 15 Você tem vomitado?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,447	
Não	27	90,0	29	100,0	29	96,7	85	95,5			
Pouco	1	3,3	0	0,0	1	3,3	2	2,2			
Moderadamente	2	6,7	0	0,0	0	0,0	2	2,2			
CO 16 Você tem tido prisão de ventre?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,101	
Não	20	66,7	16	55,2	17	56,7	53	59,6			
Pouco	5	16,7	5	17,2	11	36,7	21	23,6			
Moderadamente	1	3,3	3	10,3	2	6,7	6	6,7			
Muito	4	13,3	5	17,2	0	0,0	9	10,1			
DI 17 Você tem tido diarreia?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,846	
Não	27	90,0	28	96,6	28	93,3	83	93,3			
Pouco	1	3,3	0	0,0	2	6,7	3	3,4			
Moderadamente	1	3,3	1	3,4	0	0,0	2	2,2			
Muito	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1			
FA 18 Você esteve cansado/a?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,068	
Não	18	60,0	9	31,0	7	23,3	34	38,2			
Pouco	7	23,3	10	34,5	12	40,0	29	32,6			
Moderadamente	3	10,0	4	13,8	8	26,7	15	16,9			
Muito	2	6,7	6	20,7	3	10,0	11	12,4			
PA 19 A dor interferiu em suas atividades diárias?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0		0,021	
Não	19	63,3	17	58,6	22	73,3	58	65,2			
Pouco	4	13,3	3	10,3	7	23,3	14	15,7			
Moderadamente	0	0,0	3	10,3	1	3,3	4	4,5			
Muito	7	23,3	6	20,7	0	0,0	13	14,6			

Continua folha 4-5 (...)

(...) Continuação folha 4-5

	GRUPOS						TOTAL	p	
	MASTECTOMIZADAS		RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA		SEM ALTERAÇÕES MAMÁRIAS				
	n	%	n	%	n	%			
CF 20 Você tem tido dificuldade para se concentrarem coisas, como ler jornal ou ver televisão?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,109
Não	19	63,3	13	44,8	14	46,7	46	51,7	
Pouco	4	13,3	5	17,2	12	40,0	21	23,6	
Moderadamente	4	13,3	5	17,2	1	3,3	10	11,2	
Muito	3	10,0	6	20,7	3	10,0	12	13,5	
EF 21 Você se sentiu nervoso/a?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,448
Não	11	36,7	11	37,9	13	43,3	35	39,3	
Pouco	7	23,3	9	31,0	10	33,3	26	29,2	
Moderadamente	6	20,0	2	6,9	5	16,7	13	14,6	
Muito	6	20,0	7	24,1	2	6,7	15	16,9	
EF 22 Você esteve preocupado/a?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,708 ^a
Não	7	23,3	9	31,0	7	23,3	23	25,8	
Pouco	9	30,0	10	34,5	13	43,3	32	36,0	
Moderadamente	7	23,3	3	10,3	6	20,0	16	18,0	
Muito	7	23,3	7	24,1	4	13,3	18	20,2	
EF 23 Você se sentiu irritado/a facilmente?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,031
Não	17	56,7	13	44,8	11	36,7	41	46,1	
Pouco	3	10,0	6	20,7	13	43,3	22	24,7	
Moderadamente	2	6,7	6	20,7	1	3,3	9	10,1	
Muito	8	26,7	4	13,8	5	16,7	17	19,1	
EF 24 Você se sentiu deprimido/a?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,105
Não	13	43,3	13	44,8	22	73,3	48	53,9	
Pouco	9	30,0	9	31,0	7	23,3	25	28,1	
Moderadamente	3	10,0	4	13,8	0	0,0	7	7,9	
Muito	5	16,7	3	10,3	1	3,3	9	10,1	
CF 25 Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,511
Não	14	46,7	12	41,4	14	46,7	40	44,9	
Pouco	9	30,0	8	27,6	13	43,3	30	33,7	
Moderadamente	4	13,3	7	24,1	2	6,7	13	14,6	
Muito	3	10,0	2	6,9	1	3,3	6	6,7	

Continua folha 5-5 (...)

(...) Continuação folha 5-5

	GRUPOS						TOTAL	p	
	MASTECTOMIZADAS		RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA		SEM ALTERAÇÕES MAMÁRIAS				
	n	%	n	%	n	%			
SF 26	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?								
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,013
Não	14	46,7	20	69,0	27	90,0	61	68,5	
Pouco	6	20,0	2	6,9	1	3,3	9	10,1	
Moderadamente	2	6,7	2	6,9	1	3,3	5	5,6	
Muito	8	26,7	5	17,2	1	3,3	14	15,7	
SF 27	A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?								
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	<0,001
Não	18	60,0	12	41,4	28	93,3	58	65,2	
Pouco	2	6,7	9	31,0	0	0,0	11	12,4	
Moderadamente	3	10,0	1	3,4	1	3,3	5	5,6	
Muito	7	23,3	7	24,1	1	3,3	15	16,9	
FI 28	A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?								
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,022
Não	15	50,0	17	58,6	27	90,0	59	66,3	
Pouco	4	13,3	5	17,2	0	0,0	9	10,1	
Moderadamente	5	16,7	3	10,3	1	3,3	9	10,1	
Muito	6	20,0	4	13,8	2	6,7	12	13,5	
29	Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?								
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,273
2	2	6,7	2	6,9	0	0,0	4	4,5	
3	0	0,0	2	6,9	2	6,7	4	4,5	
4	5	16,7	6	20,7	4	13,3	15	16,9	
5	6	20,0	2	6,9	9	30,0	17	19,1	
6	5	16,7	5	17,2	8	26,7	18	20,2	
7	12	40,0	12	41,4	7	23,3	31	34,8	
30	Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?								
	30	100,0	29	100,0	30	100,0	89	100,0	0,957
1	1	3,3	1	3,4	1	3,3	3	3,4	
2	3	10,0	1	3,4	0	0,0	4	4,5	
3	3	10,0	4	13,8	4	13,3	11	12,4	
4	4	13,3	4	13,8	3	10,0	11	12,4	
5	5	16,7	3	10,3	6	20,0	14	15,7	
6	6	20,0	9	31,0	7	23,3	22	24,7	
7	8	26,7	7	24,1	9	30,0	24	27,0	

**APÊNDICE 4. TABELA 5. CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL
CORRIGIDO, ALPHA CRONBACH GLOBAL DA ESCALA DE
AUTOESTIMA**

	ALPHA DE CRONBACH GLOBAL = 0,828	CORRELAÇÃO ITEM - TOTAL	ALPHA DE CRONBACH SE O ITEM FOR EXCLUÍDO
R1	De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeita comigo mesma.	0,486	0,816
R2	Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificada ou inferior em relação aos outros).	0,591	0,805
R3	Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.	0,515	0,815
R4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).	0,498	0,815
R5	Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	0,461	0,818
R6	Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).	0,575	0,806
R7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.	0,485	0,818
R8	Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.	0,411	0,828
R9	Quase sempre eu estou inclinada a achar que sou uma fracassada.	0,661	0,797
R10	Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesma.	0,546	0,810

**APÊNDICE 5. TABELA 6. CORRELAÇÃO ITEM TOTAL
CORRIGIDO, ALPHA CRONBACH GLOBAL DAS SUBESCALAS
EORTC QLQ-C30**

ITEM	CORRELAÇÃO ITEM - TOTAL	ALPHA DE CRONBACH SE O ITEM FOR EXCLUÍDO
<i>Physical functioning</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,831)		
1 Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	0,562	0,825
2 Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada?	0,647	0,793
3 Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?	0,731	0,769
4 Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	0,691	0,784
5 Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	0,569	0,815
<i>Role functioning</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,755)		
6 Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	0,606	-
7 Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	0,606	-
<i>Emotional functioning</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,813)		
21 Você se sentiu nervoso/a?	0,647	0,758
22 Você esteve preocupado/a?	0,698	0,733
23 Você se sentiu irritado/a facilmente?	0,629	0,767
24 Você se sentiu deprimido/a?	0,559	0,798
<i>Cognitive functioning</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,722)		
20 Você tem tido dificuldade para se concentrarem coisas, como ler jornal ou ver televisão?	0,572	-
25 Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas?	0,572	-
<i>Social functioning</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,812)		
26 A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?	0,684	-
27 A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?	0,684	-
<i>Fatigue</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,587)		
10 Você precisou repousar?	0,390	0,498
12 Você tem se sentido fraco/a?	0,449	0,413
18 Você esteve cansado/a?	0,354	0,548
<i>Nausea and vomiting</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,585)		
14 Você tem se sentido enjoado/a?	0,545	-
15 Você tem vomitado?	0,545	-
<i>Pain_Symptom</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,800)		
9 Você tem tido dor?	0,667	-
19 A dor interferiu em suas atividades diárias?	0,667	-
<i>Global</i> (Alpha de Cronbach Global = 0,863)		
29 Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?	0,768	-
30 Como você classificaria a sua qualidade de vida geral, durante a última semana?	0,768	-

**APÊNDICE 6. TABELA 7. TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV
PARA VERIFICAR A NORMALIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DAS
VARIÁVEIS DO EORTC QLQ-C30**

	TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV		n
	z	p	
Idade	0,80	0,552	88
Rosenberg	0,98	0,289	88
Global	1,43	0,034	89
Physical functioning	2,51	<0,001	89
Role functioning	1,66	0,008	89
Emotional functioning	1,32	0,062	89
Cognitive functioning	1,43	0,033	89
Social functioning	2,34	<0,001	89
Fatigue Symptom	1,68	0,007	89
Nausea vomiting Symptom	3,40	<0,001	89
Pain Symptom	2,05	<0,001	89
Dyspnoea Symptom	4,35	<0,001	89
Insomnia Symptom	1,78	0,004	89
Appetite Loss Symptom	3,16	<0,001	89
Constipation Symptom	2,75	<0,001	89
Diarrhoea Symptom	4,63	<0,001	89
Financial difficulties	2,48	<0,001	89

ANEXOS

ANEXO 1. PARECER DO CEP Nº 188.615/2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de Vida-Auto Estima

Pesquisador: Vanessa Lacerda Alves Furlan

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07347612.4.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Medicina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 188.615

Data da Relatoria: 11/01/2013

Apresentação do Projeto:

No campo da oncologia, julga-se importante estudar a medicina complementar e alternativa (MCA) / praticas integrativas e complementares (PIC), para otimizar este processo de conhecimento dos seus reais efeitos fisiológicos, terapêuticos e psicológicos, principalmente quanto ao tempo do efeito sobre os parâmetros clínicos como Qualidade de Vida (QV) e auto-estima (AE) a curto, médio e longo prazo.

O objetivo do estudo presente: avaliar a qualidade de vida e auto-estima de mulheres após um (01) mês de reconstrução de mama sob a influência das da PIC.

METODOLOGIA: serão realizadas 10 sessões de PIC, com 48 voluntárias, com idade igual ou maior a 35 anos, após um (01) mês de reconstrução mamária que serão randomizadas em dois grupos após o encaminhamento do médico responsável. No grupo 1 EP corporal as voluntárias receberão 30 minutos das manobras de effleurage e petrissage em toda região corporal exceto na região da incisão e o grupo 2 permanecerá em uma sala ornamentada e relaxante por 30 minutos. Todas as voluntárias responderão ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e aos questionários EORTIC QLQ-C30, Questionário de Rosenberg e EVN, além disso, antes e após o protocolo serão aferidos: Pressão Arterial, Frequência Cardíaca e a Temperatura Corporal. Os resultados serão analisados após as voluntárias responderem os questionários na primeira e última sessão. Resultados: Analisar os efeitos da PIC na da qualidade de vida e auto estima das voluntárias após reconstrução mamária a curto, médio e longo prazo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

(...) Continuação folha 2-2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Objetivo Primário: Avaliar a qualidade de vida e auto-estima de mulheres após um (01) de reconstrução mamária sob a influência das PIC_çs.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

SEM RISCO, NENHUM PROCEDIMENTO INVASIVO

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Proporcionar a melhora da qualidade de vida e auto estima das voluntárias após reconstrução mamária a curto, médio e longo prazo, através das praticas integrativas e complementares(PIC_çs)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados (folha de rosto assinada e datada pelo responsável do Departamento de Cirurgia Plástica) e TCLE

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está de acordo com as normas seguidas pelo sistema CEP_CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

parecer do relator acatado pelo colegiado

SAO PAULO, 24 de Janeiro de 2013

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

**ANEXO 2. FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) DO
HOSPITAL PÉROLA BYINGTON SOB O nº 054/11**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Centro de Referência da Saúde da Mulher

Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 06 de fevereiro de 2012.

FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA DA APROVAÇÃO: 01/02/2012

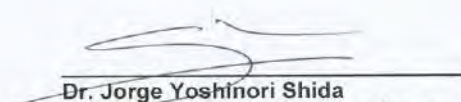
Protocolo nº: 054/11

TÍTULO DO ESTUDO: "Qualidade de vida e Auto Estima de pacientes pós reconstrução de mama sob a influência das práticas integrativas e complementares" (PIC)

NOME DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: Vanessa Lacerda Alves Furlan.

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido a referida aprovação constado em ata.


Dr. Jorge Yoshinori Shida
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do CRSM

ANEXO 3. AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EORTC QLQ-C30

Assunto: QLQ-C30 download request from Vanessa Lacerda Alves Furlan
De: qlqc30@eortc.be (qlqc30@eortc.be)
Para: vanessa.lacerda@yahoo.com.br;
Data: Sexta-feira, 29 de Julho de 2011 13:52

Dear Sir/Madam,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Your data:

Title: Sra.

Firstname: Vanessa

Lastname: Lacerda Alves Furlan

Hospital/Institution: Centro de Referência da Saúde da Mulher

Address: Avenida Brigadeiro Luis Antônio, 683

County/State: São Paulo Brasil

Postal Code: 01317-000

Country: Brazil

Phone: 011 2451 8749

Fax: 011 98807824

Email: vanessa.lacerda@yahoo.com.br

Protocol: Qualidade de Vida e Auto Estima de pacientes pós reconstrução de mama sob a influência das praticas integrativas e complementares (PIC).

Documents requested:

QLQ-C30 Core Questionnaire in Portuguese

Breast Module (BR23) in Portuguese

QLQ-C30 Scoring Manual

Addendum scoring instructions validated modules

Latest issue of the EORTC Quality of Life Group Newsletter

URLs:

<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20PortugueseBrazilian.pdf>

<http://www.eortc.be/home/qol/files/BR23/BR23%20PortugueseBrazilian.pdf>

<http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>

http://www.eortc.be/home/qol/files/Addendum_scoring_instructions.pdf

http://www.eortc.be/home/qol/files/QOL_newsletter.pdf

If you are having technical difficulties please contact us by email: qlqc30@eortc.be

ANEXO 4. CANCER STUDY GROUP ON QUALITY OF LIFE DA EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC, 2001)

BRAZILIAN

EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

Por favor, preencha suas iniciais:
 Sua data de nascimento (dia, mês, ano):
 Data de hoje (dia, mês, ano): 31

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4
Durante a última semana:				
6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você tem se sentido fraco/a?	1	2	3	4
13. Você tem tido falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você tem se sentido enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você tem vomitado?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Continua folha 1-2 (...)

(...) Continuação folha 2-2

BRAZILIAN

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

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

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

ANEXO 5. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG UNIFESP/EPM

1) Instruções para o entrevistador.

1. Ler a página “Instruções para o entrevistado” para a pessoa a ser avaliada. Caso ela não compreender as instruções, ler novamente.
2. O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas “Instruções para o entrevistado”. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas leia novamente, até que o paciente compreenda as informações.
3. O local de realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação, contando apenas com a presença do entrevistador e entrevistado.
4. Não se deve alterar a sequência dos testes.
5. Anotar o início e o fim da avaliação, para sabermos em minutos o tempo necessário para sua aplicação.

2) Instruções para o entrevistado

1. Este questionário faz parte de um trabalho científico, em que estaremos traduzindo e validando para o português um questionário da língua inglesa de avaliação de auto-estima.
2. Por auto-estima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio.

3. Em outras palavras, o quanto você gosta de si mesmo, como você se vê e o que pensa sobre si.
4. Neste questionário temos 10 frases afirmativas.

Você deve escolher a alternativa que mais próxima está daquilo que você sente.

5. Concordar plenamente, quer dizer, concordar completamente, totalmente com a afirmativa.
6. Discordar plenamente, quer dizer, discordar completamente, totalmente com a afirmativa.

NOME: _____

Como você avalia estas questões:

1. De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

2. Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado[a] ou inferior em relação aos outros).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

3. Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

4. Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

5. Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

6. Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

7. Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

8. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a). (Dar-me mais valor).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

9. Quase sempre, estou inclinado(a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

3	a	Concordo plenamente
2	b	Concordo
1	c	Discordo
0	d	Discordo plenamente

10. Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) com relação a mim mesmo(a).

0	a	Concordo plenamente
1	b	Concordo
2	c	Discordo
3	d	Discordo plenamente

Cálculo do escore da escala de autoestima UNIFESP-EPM/ Rosenberg UNIFESP/EPM

O cálculo é feito por meio da soma dos valores encontrados no gabarito que segue abaixo, de acordo com o resultado obtido com a aplicação do questionário ao paciente.

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

BIREME. Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS: descritores em ciências da saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. da Saúde; trad. Dorgival Cautoestimatano. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.