

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ALINNY CRISTINY DE ARAUJO PERES

NAYARA CUNHA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA DE MULHERES
SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA QUE REALIZARAM
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

UBERLÂNDIA

2019

ALINNY CRISTINY DE ARAUJO PERES

NAYARA CUNHA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA DE MULHERES
SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA QUE REALIZARAM
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à Faculdade de Educação Física e
Fisioterapia da Universidade Federal de
Uberlândia como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Eliane Maria de Carvalho

Área de concentração: Fisioterapia
Hospitalar em Oncologia

UBERLÂNDIA

2019

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E AUTOESTIMA DE MULHERES
SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA QUE REALIZARAM
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, onde através da fé conseguimos irromper os desafios que nos sucederam durante a caminhada acadêmica.

Agradecemos aos nossos pais e mães que com carinho nos aconselharam e nos apoiaram.

Aos nossos colegas e amigos que acreditaram e que nos acolheram em conversas e abraços.

Agradecemos em especial a Prof^a Eliane Maria de Carvalho que nos orientou e ajudou a prosseguir nessa pesquisa, sua orientação foi crucial para que se concretizasse tal pesquisa.

Resumo

Introdução: O câncer de mama é o segundo mais comum entre as mulheres no mundo, sendo que no Brasil acarreta 14.388 mortes/ano. As repercussões do tratamento vão desde alterações de sensibilidade, movimento e postura a disfunções psicológicas, como depressão. O termo qualidade de vida remete a bem-estar, felicidade ou percepção de saúde, já a autoestima é o conjunto de sentimentos e a percepção pessoal construída pelo próprio indivíduo, sendo ambos aspectos essenciais para a saúde mental e para a atenção integral à saúde. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida (QV) e autoestima (AE) de mulheres submetidas à mastectomia. **Método:** Estudo longitudinal e quantitativo analisando a AE pela Escala de Autoestima de Rosenberg e a QV pelos questionários EORTC QLQ-C30/QLQ BR-23 de mulheres operadas antes e após quatro meses de tratamento fisioterapêutico. Foi utilizado software estatístico gratuito SPSS e teste de correlação de Pearson. **Resultados:** Foram analisadas 30 mulheres com média de idade de 53 anos, aposentadas, casadas, ensino fundamental completo, renda familiar de 1,6 salários mínimos, a maioria operou a mama dominante com cirurgia conservadora, tratadas com quimioterapia associada à radioterapia e o tempo entre diagnóstico e cirurgia foi de 246 dias. Não ocorreu mudança na AE, já a QV apresentou melhora nos domínios fadiga ($p=0,041$), constipação ($p=0,040$), função global ($p=0,031$) e função sexual ($p=0,049$), e piora nos domínios de perspectiva de futuro ($p=0,024$) e dificuldade financeira ($p=0,036$). Quando correlacionado a AE aos domínios da QV, se correlacionaram os itens de fadiga ($p=0,008$), náusea e vômitos ($p=0,027$), e diarreia ($p=0,047$), e foi encontrada correlação entre o item tempo de diagnóstico e cirurgia ($p=0,033$). **Conclusão:** Podemos concluir nessa amostra, que houve melhora nos quesitos de fadiga, constipação, função global e função sexual, e piora na perspectiva de futuro e dificuldade financeira. Concluímos que quanto menor o tempo que a paciente esperou para ser submetida à cirurgia após o diagnóstico, maior foi a autoestima, e também, quanto maior o nível de fadiga, náusea e vômitos, e diarreia menor foi a autoestima, entretanto, o nível de autoestima dessas mulheres não sofreu alteração entre as duas avaliações.

Palavras-chave: Autoestima; Qualidade de Vida; Mastectomia, questionário, fisioterapia.

Sumário

Introdução.....

6

Câncer de
mama.....6

Cirurgia oncológica
mamária.....9

Qualidade de
vida.....10

Autoestima.....
11

Impacto do câncer e dificuldades enfrentadas pelas
pacientes.....12

Atuação da fisioterapia no câncer de
mama.....13

Objetivos.....

13

Material e

Método.....14

Participantes.....
14

Protocolo de
Avaliação.....14

Intervenção
Fisioterapêutica.....16

Análise
estatística.....16

Resultados.....1

7

Discussão.....2

2

Conclusão.....2

7

Introdução

🔹 Câncer de mama

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama, culminando em células anormais que se multiplicam criando um tumor, maligno ou benigno. Ele é tido pela Union for International Cancer Control's (UICC) como um problema de saúde pública, devido a sua alta incidência e mortalidade, e considerado o segundo tipo de câncer mais comum, e o quinto com maior mortalidade no mundo (1).

A estimativa de novos casos para 2019 no Brasil foi de 59.700 (29,5%), aumento de 3% em relação ao ano anterior (1). Estudos sugerem que esse crescimento pode ser decorrente ao processo de urbanização e de mudanças no estilo de vida predominantemente sedentário, agravados pelo envelhecimento populacional que propicia o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como o câncer (2); todavia a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa devido ao tempo prolongado a exposição hormonal feminina. Abaixo da faixa etária de 40 anos a ocorrência e mortalidade da doença são menores, porém a partir dos 60 anos o risco é 10 vezes maior. Em 2017 o câncer de mama ocasionou 16.927 mortes no Brasil, sendo 16.724 mulheres e 203 homens(1), tendo as regiões Sul e Sudeste as maiores taxas, com 15,26 e 14,56 óbitos/100 mil mulheres, respectivamente. (2)

Os sinais e sintomas podem aparecer variam, podendo aparecer como nódulo geralmente indolor, pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja, alterações do mamilo, pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço e saída espontânea de líquido anormal pelos mamilos (3), contudo, algumas vezes o paciente não apresenta sintomas definidos. Já nos estágios mais avançados do tumor, ele invade tecidos e órgãos vizinhos, ocasionando metástases.

Dentre os os principais fatores de risco que acarretam a doença podemos citar os fatores da história reprodutiva e hormonal: menarca precoce (aos 11 anos ou menos); menopausa tardia (aos 55 anos ou mais); primeira gestação após os 30 anos; nuliparidade (4); doenças mamárias benignas; sobrepeso pós menopausa; usuárias de terapias de reposição hormonal ou contraceptivos que há associação de progesterona e estrogênio em dosagem elevada ou por grande período de tempo. (5) ; os fatores ambientais e

comportamentais: uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia(2); tabagismo; sedentarismo e inatividade física; exposição à radiação ionizante no período de crescimento mamário; exposição a agrotóxicos, benzeno, campos eletromagnéticos de baixa frequência, campos magnéticos, compostos orgânicos voláteis, hormônios e dioxinas; os fatores genéticos e hereditários: a predisposição genética é responsável por 5% a 10% dos casos de câncer de mama e está relacionada com os genes breast cancer 1 (BRCA1) e breast cancer 2 (BRCA2); o risco também está aumentado com histórico familiar de câncer de mama ou ovário. (6)

Os meios mais eficazes para a detecção precoce de câncer de mama são o exame clínico de mamas (ECM) e a mamografia (4). O autoexame de mamas (AEM) detecta a doença geralmente em estágio avançado, sendo responsável por 80% das descobertas de cânceres de mama. O Ministério da Saúde recomenda que a mamografia de rastreamento seja ofertada para mulheres entre 50 e 69 anos, a cada dois anos. A confirmação diagnóstica é feita, por meio da biópsia, técnica que consiste na retirada de um fragmento do nódulo ou da lesão suspeita por meio de punções (extração por agulha) ou de uma pequena cirurgia. (3) Houve uma melhora significativa da expectativa de vida devido à possibilidade de diagnósticos mais precoces e à evolução nos métodos de tratamento. (7)

As linhas de prevenção consistem na prática de atividade física, alimentação equilibrada (reduzir o consumo de carne vermelha, eliminar os embutidos, aumentar consumo de folhas, legumes, frutas, grãos integrais, pouca gordura e beber muita água), manutenção do peso corporal adequado, amamentar, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e o uso de hormônios sintéticos como anticoncepcionais e terapias de reposição hormonal. (3)

🔹 Cirurgia oncológica mamária

As vias terapêuticas mais comuns para o tratamento locorregional do câncer de mama são a cirurgia e a radioterapia, todavia para o sistêmico são utilizadas a quimioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia, anticorpos monoclonais, inibidor da tirosina quinase do HER 2 e inibidor da mTOR.(8) A hormonioterapia inibe a ação dos hormônios que atuam na proliferação das células cancerígenas, tais como o estrogênio e a progesterona.(9)

Se o diagnóstico ocorre precocemente, há maior potencial curativo, entretanto se existirem metástases atingindo outros órgãos, o tratamento visa prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida - cuidados paliativos. (10) Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002: "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais.”.(45)

A modalidade cirúrgica é definida conforme o estadiamento da doença e do tipo do tumor, variando em: mastectomia simples ou dupla, mastectomia poupadora da pele, mastectomia poupadora do mamilo, mastectomia radical modificada, mastectomia radical, adenectomia; sendo as conservadoras: quadrantectomia e tumorectomia (10). Pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2015-2019 foram realizadas por volta de 31.929 mastectomias em todo território nacional. (11)

Nos estádios I e II a conduta habitual é a cirurgia conservadora ou mastectomia, seguida ou não de reconstrução mamária ou radioterapia. O tratamento sistêmico será indicado de acordo com a avaliação de risco de recorrência ou recidiva e considera a idade da paciente, o tamanho e o tipo do tumor e se há comprometimento dos linfonodos axilares. No estágio III (tumores maiores que 5cm) o tratamento sistêmico é a opção inicial. Após a redução do tumor, segue-se com o tratamento local (cirurgia e radioterapia). No estágio IV já há metástase e é fundamental buscar o equilíbrio entre o controle da doença e o possível aumento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais do tratamento. A atenção à qualidade de vida da paciente com câncer de mama deve ser preocupação dos profissionais de saúde ao longo de todo o processo terapêutico. (3)

A repercussão na qualidade de vida desta mulher dependerá do tipo de técnica cirúrgica e quantidade de tecido retirado. Após a retirada da mama, há possibilidade de reconstrução da mesma com utilização de prótese de silicone ou a partir da retirada do tecido do abdômen. (7)

☛ Qualidade de vida

A qualidade de vida (QV) para FLECK *et al.* (1999) é uma noção inerente ao ser humano, que gradua a satisfação que este encontra na vida familiar, amorosa, social e ambiental, sendo para alguns autores um sinônimo de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Segundo Nobre (1995) "a qualidade de vida foi definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence". (12)

Os efeitos deletérios do câncer de mama de acordo com Duarte e Andrade (2003), são o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro. E tais repercussões deixam os profissionais envolvidos em alerta com a qualidade de vida dessas pacientes. (7)

Com o avançar das técnicas coadjuvantes de radiologia e quimioterapia, o câncer de mama vem sendo tratado com caráter multidisciplinar e integrado, o que tem resultado em maiores taxas de sobrevida e qualidade de vida das pacientes. (13)

Os modelos recentes que definem e conceituam a Qualidade de Vida relacionada à saúde estão sendo aplicados a pacientes oncológicos em geral. Esses instrumentos têm validação, e objetivam avaliar sintomas e impactos da doença, e também a Qualidade de Vida pós tratamento. Medidas quantitativa da qualidade de vida poderiam servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica, e criar parâmetros para definição de ações no sentido de promoção de saúde individual ou coletiva.

A avaliação da qualidade de vida dentro da área da saúde pode ser interpretada como um desfecho importante no sentido de avaliar o impacto da doença sentido pelo paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre a condição da mesma, isto é, um passo importante em direção a uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do câncer. (14)

☛ Autoestima

De acordo com os estudos de Rosenberg (1965) a autoestima (AE) pode ser interpretada como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu

próprio valor, competência e adequação, que repercute em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo. (41)

Pesquisadores a conceituam como traço e estado, estabilidade durante um período de tempo ou uma resposta a situações ou eventos de vida, respectivamente (Harter & Whitesell, 2003).; outros pesquisadores sugerem que o desenvolvimento deste atributo não possui um curso linear e estável ao longo do ciclo vital (Cole e cols., 2001). (14)

Na adolescência e vida adulta gera repercussão em diversas áreas, como relacionamentos interpessoais, desempenho acadêmico e sucesso profissional. Sendo considerada um dos principais preditores de resultados favoráveis. (Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003). A auto estima tem sido estudada em países desenvolvidos por estar diretamente ligada ao ajustamento de comportamentos do indivíduo a sociedade de forma harmônica sendo considerada um indicador de saúde mental (Mruk, 1995). Mostrando ser um recurso importante para identificação e prevenção de problemas psicológicos (Fan e Fu, 2001) (15)

Por isso, a forma que cada mulher vivencia e enfrenta a cirurgia mamária, seja ela conservadora ou não, e acompanhada ou não da reconstrução mamária, é influenciada pela importância que essas dão a imagem corporal, podendo ser considerada como uma mutilação. (16). A rede de cuidado, seja pela família, grupos de suporte ou profissionais capacitados, pode promover fatores de proteção para a angústia no paciente diagnosticado com câncer de mama. (11)

☛ Impacto do câncer e dificuldades enfrentadas pelas pacientes

De acordo com Cantinelli *et al.* (2006), “o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional e, portanto, diagnóstico de eixo IV do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição (DSM-IV™) , podendo desencadear reações de ajustamento ou mesmo ser o gatilho de quadros afetivos (principalmente a depressão), ansiedade ou até mesmo psicoses”. (17) O National Cancer Policy Board dos Estados Unidos (2004) cita algumas dessas questões: medo da recorrência, sintomas físicos como fadiga, problemas de sono ou dor, alterações da imagem corporal, disfunção sexual, ansiedades relacionadas ao tratamento, pensamentos intrusivos a respeito da doença-ansiedade persistente, relações conjugais, sentimentos de vulnerabilidade e elaborações existenciais incluídas na questão da morte. (18)

Por meio de políticas de detecção precoce, pode-se observar melhora da expectativa de vida da mulher com CA de mama, por consequência de diagnósticos mais precoces e à evolução nos métodos de tratamento, fazendo-se necessárias pesquisas objetivando estudar as necessidades desse grupo com objetivo de uma atenção mais global. (19)

Algumas das complicações que podem surgir no braço unilateral à cirurgia oncológica mamária são: dor, dificuldade para movimentar o ombro, inchaço no braço ou linfedema e alteração da sensibilidade na parte interna e superior do braço (formigamento, anestesia, choque, dormência). (20) Além das complicações na cicatriz cirúrgica como as aderências, invaginações, infecções, deiscência, fibrose e hipertrofia, as dores e limitações de movimentos de ombro dificultam as atividades de vida diária (AVD) como tomar banho, vestir roupa e pentear cabelo, interferindo na qualidade de vida desse paciente. (21)

O linfedema secundário ao câncer de mama é uma das complicações que pode aparecer após as técnicas cirúrgicas onde há ressecção de linfonodos, devido a alterações estruturais e funcionais linfáticas. As consequências dessa repercussão vão desde de dificultar as atividades diárias à alterações emocionais como tristeza, frustração e privação das atividades usuais levando a piora da autoimagem, e progredindo, assim, para a piora na qualidade de vida tanto em aspectos físicos quanto psicológicos. (22)

Estudos demonstram que mulheres mais jovens diagnosticadas com câncer de mama tendem a correr um risco maior de ansiedade e depressão, preocupações com suas carreiras e finanças, além de perceber que sua qualidade de vida é inferior à das mulheres mais velhas com o mesmo quadro. (11,23,24)

☛ Atuação da fisioterapia no câncer de mama

Independente do tipo de cirurgia de mama, a fisioterapia deve ser iniciada precocemente e tem como objetivos prevenir complicações, promover recuperação funcional adequada e consequentemente, propiciar melhor qualidade de vida às mulheres submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama. O programa de fisioterapia deve ser realizado em todas as fases do câncer da mama: antes, durante e após o tratamento; na recidiva da doença e nos cuidados paliativos. (25)

Objetivos

Em virtude do atual cenário do câncer de mama no Brasil e no mundo, observa-se que este apresenta um crescimento contínuo, onde em certas parcelas dos casos existe a necessidade de intervenções cirúrgicas em decorrência de diagnósticos tardios, o que muitas vezes reflete-se de maneira negativa na qualidade de vida e na autoestima dessa população.

O presente estudo busca mensurar e relacionar a autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas a mastectomia, além de estudar o efeito que a intervenção fisioterapêutica tem sobre esses aspectos após quatro meses de intervenção.

Material e método

Estudo longitudinal e quantitativo, analisando a autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas a mastectomia, em acompanhamento no Hospital do Câncer de Uberlândia - MG, no período de março a dezembro de 2018. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (número 2.731.732).

Participantes

Foram incluídas no estudo 30 mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária, encaminhadas e liberadas pelo médico para realizar tratamento fisioterapêutico e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). E excluídas as mulheres com lesões abertas na região da mama, com recidiva da doença, fraturas patológicas de membros superiores e as que não conseguiram realizar o programa proposto no manual de orientação.

Essas pacientes dispunham de atendimento multidisciplinar (psicoterápico e fisioterapêutico) fornecido pelo Hospital, assim como o acesso a variadas formas de tratamento local/regional ou sistêmico para a neoplasia.

Primeiramente todas as participantes foram orientadas quantos aos benefícios e riscos da pesquisa e após concordância na participação e assinatura do TCLE. As avaliações aconteceram em ambiente tranquilo e com temperatura de 16 a 20°C. O protocolo de avaliação foi realizado antes e após 4 meses de tratamento fisioterapêutico oferecido pelo próprio hospital.

Protocolo de Avaliação

- Questionário socioeconômico

Foi aplicado um questionário para caracterizar a amostra, contendo idade, renda, situação laboral, estado civil, escolaridade, modo de diagnóstico do CA de mama, antecedentes familiares, tratamentos realizados, sobre a cirurgia (data e mama operada-direita ou esquerda), complicações associadas (edema, dor, capsulite adesiva, bursite e incapacidade funcional) e aspectos cicatriciais.

- Autoestima

A avaliação da autoestima foi realizada através da Escala de autoestima de Rosenberg (EAR), que é constituída por dez questões assertivas, cinco se referem à autoimagem ou ao autovalor positivo e cinco a autoimagem negativa ou auto depreciação. A escala é auto aplicável e composta por dez questões com as seguintes opções de resposta: concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente. Para cada resposta, foi atribuída uma nota de importância que varia de 1 a 4, sendo que nas questões 1, 2, 4, 6 e 7 este valor é decrescente e nas outras o inverso. Para a classificação da AE, somaram-se todos os itens que totalizaram um valor único para a escala. De acordo com a soma, a AE pode ser classificada como satisfatória ou alta (escore maior que 31 pontos), média (escore entre 21 e 30 pontos) e insatisfatória ou baixa (escores menores que 20 pontos). Dessa maneira, quanto maior a somatória, maior a autoestima. (FERNANDES, 2013.) (14)

- Qualidade de vida

Os instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade de vida foram os questionários: European Organization for Research and Treatment of Cancer 30-Item Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) em português; e questionário Quality of Life Questionnaire Breast Cancer – 23 (QLQ-BR23), que são questionários de Qualidade de Vida relacionados à saúde, traduzidos e validados na língua portuguesa; sua utilização é autorizada pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

Em um estudo de Makluf, Dias e Barra (2006) foi observado que o EORTC QLQ-C30 foi o principal instrumento utilizado em pesquisas quantitativas de QV no CA de mama, onde em sua soma maioria empregam instrumentos genéricos associados a instrumentos específicos que o complementam, o qual foi escolhido o QLQ-BR23 (39).

O questionário EORTC QLQ-C30 contém 30 questões que possuem 4 opções de resposta sendo: De nenhum modo, um pouco, bastante e muito. E 3 questões que têm como opção de resposta de 0 a 7. As questões são divididas em três domínios e avaliam: saúde global; função (física, global, emocional, social e cognitiva) e sintomas (fadiga, náusea e

vômito, dispnéia, insônia, perda de apetite, dor, constipação, diarreia e dificuldades financeiras); este questionário é utilizado para pacientes com câncer de vários estádios. (16)

Já o questionário QLQ-BR23 apresenta 23 questões, sendo específico para pacientes com câncer de mama de vários estádios, contendo questões que avaliam os domínios função (imagem corporal, função sexual, satisfação sexual, perspectivas de futuro) e sintomas (efeitos colaterais da terapia, sintoma na mama, sintoma no braço, perda de cabelo).

O escore varia de 0 a 100, sendo que as questões sobre função tem interpretação direta, de quanto maior a pontuação melhor a saúde, já os quesitos de sintoma têm interpretação inversa, de que quanto maior a pontuação pior a saúde. Os métodos de cálculos e interpretação dos dados, assim como valores de referência para os domínios estão dispostos no EORTC QLQ Scoring Manual (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire) (16) para pacientes com câncer.

Para a análise da Qualidade de Vida utilizou-se o EORTC QLQ Scoring Manual (26) para calcular os escores dos domínios dos questionários. Todas as médias dos escores foram transformadas linearmente em um escala de zero a cem pontos, conforme descrito no manual, em que zero representa o pior estado de saúde e cem, o melhor estado de saúde com exceção das escalas de sintomas, nas quais o maior escore representa mais sintomas, e a pior Qualidade de Vida. Desse modo, se o escore apresentado na escala funcional fosse alto, significava um nível funcional saudável, enquanto que um escore alto na escala de sintomas representava um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais. (7)

Intervenção Fisioterapêutica

A intervenção fisioterapêutica realizada foi feita de forma individualizada, e se baseava nas principais queixas de cada paciente, como dor, edema, perda de amplitude de movimento (ADM) e funcionalidade. Foram utilizados recursos eletroterapêuticos para redução de dor e edema, exercícios ativos para ganho de força muscular e ADM utilizando bastões de madeira e escada digital de madeira fixada na parede, além de mobilização articular do ombro e escápula do lado acometido. Os atendimentos foram realizados duas vezes por semana com duração de 50 minutos, durante quatro meses.

Foram orientados exercícios de mobilidade, fortalecimento e alongamento para realização em casa, além de dicas de autocuidado com o membro superior operado, por meio da cartilha entregue na primeira avaliação. (Conforme anexo 1)

Análise estatística

Para análise dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0. Foi realizada análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, do EORTC QLQ-C30, QLQ-BR23 e EAR, por meio do cálculo da média e desvio padrão os quais foram analisados no software Excel; e foi verificada a normalidade dos dados pelo método de Kolmogorov-Smirnov. Considerando significância menor que 0,05 e coeficiente de correlação obtido pelo método Pearson. (14). Para a análise da correlação, os valores de r foram interpretados de acordo Weber & Lamb, 1970 inferindo que: 0,00-0,19= nenhuma ou ligeira; 0,20-0,39= leve; 0,40-0,69= moderada; 0,70-0,89= alta; e 0,90-1,00= muito alta. (44)

Resultados

Foram analisadas 30 mulheres, na primeira avaliação, com média de idade de $54,7 \pm 9,2$ anos. Quanto à situação laboral, 21 das mulheres eram aposentadas ou estavam de licença médica, 7 estavam desempregadas ou não estavam exercendo sua profissão e 2 estavam trabalhando.

Quanto ao estado civil, 16 eram casadas, 8 solteiras, 4 divorciadas e 2 viúvas. Quanto à escolaridade, 12 mulheres tinham ensino fundamental completo, 9 tinham fundamental incompleto, 7 ensino médio completo e 2 com nível superior. A renda média familiar foi de 1,73 salários mínimos, sendo 15 com 1 salário mínimo, 6 com 2 salários, 4 com 3 salários, 2 com 4 salários, 2 com nenhum salário e 1 com 5 salários.

A caracterização da amostra foi demonstrada a seguir na tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização da amostra (n=30).

Faixa Etária	nº voluntárias	%
38-40	2	6,6%
41-50	8	26,6%
51-60	11	36,6%
61-70	7	23,3%
71-73	2	6,6%

Situação Conjugal		
Casada	16	53,3%
Solteira	8	26,6%
Divorciada	4	13,3%
Viúva	2	6,6%
Escolaridade		
Fundamental incompleto	9	30%
Fundamental completo	12	40%
Ensino Médio	7	23,3%
Superior	2	6,6%
Renda Familiar		
1 salário mínimo	15	50%
2 salários mínimo	6	20%
3 salários mínimo	4	13,3%
4 salários mínimos	2	6,6%
5 salários mínimos	1	3,3%
Nenhum salário	2	6,6%

Quanto ao lado operado, 18 mulheres tiveram a mama esquerda e 12 a mama direita operada. Quanto a dominância, 24 eram destros e 6 eram sinistras. Foi observado que o autoexame da mama foi o diagnóstico primário do tumor para 11 mulheres, seguido da mamografia com 9. No item de histórico familiar de câncer de mama, 5 tinham mães com o diagnóstico, 2 os pais, 2 irmãs, 1 filha e 1 prima.

Quando observados os tratamento adjuvantes realizados em conjunto a cirurgia oncológica 69,9% das mulheres estudada realizou abordagem sistêmica e local, sendo que 40% realizaram radioterapia e quimioterapia; 26,6% realizaram radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia e 3,3% realizou radioterapia e hormonioterapia. Dentro do tratamento sistêmico isolado 13,3% realizaram quimioterapia e 3,3% realizaram hormonioterapia, já no tratamento local 6,6% radioterapia. E 6,6% mulheres não fizeram tratamentos adjuvantes.

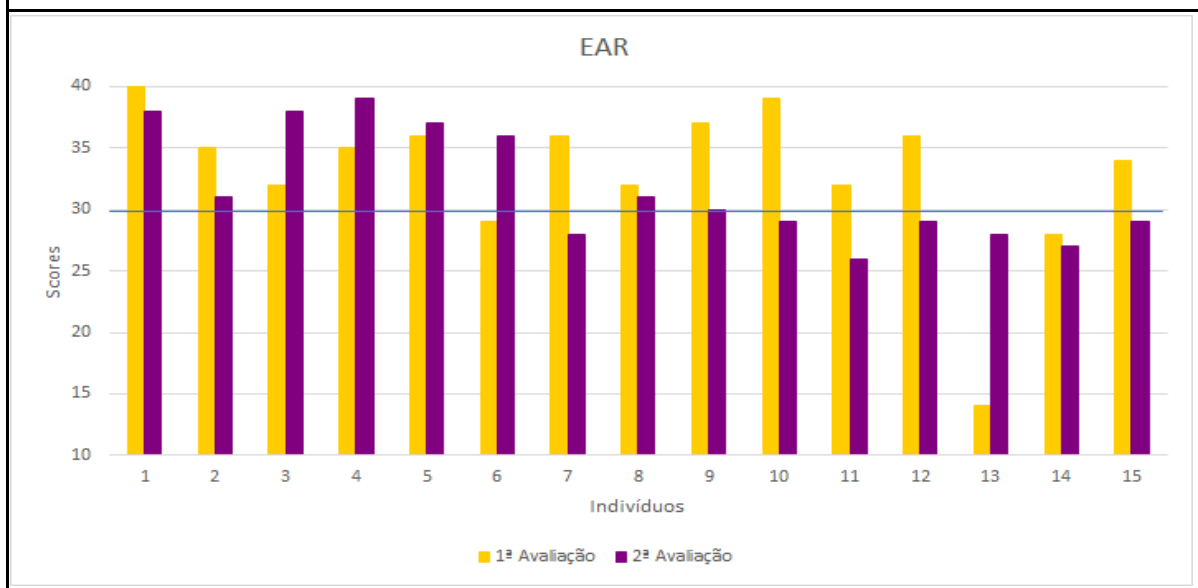
Quanto a presença de complicações e sintomas observou-se 19 mulheres com edema e 24 com dor no braço ou próximo a incisão cirúrgica; 11 mulheres com incapacidade funcional, 14 com dor miofascial com irradiação na região por todo o braço e escápula do lado da cirurgia, 5 cervicobraquialgia e 2 bursite, e com relação a complicações da cicatriz 12 mulheres apresentam retração, 9 aderências, 7 fibrose e 4 hematomas.

Do tempo entre diagnóstico e cirurgia a média obtida foi de 7,37 meses (224 dias), o tempo entre avaliação e cirurgia foi de 10,74 meses (326 dias) e o tempo entre diagnóstico e avaliação foi de 18,11 meses (550 dias).

Das 30 pacientes que realizaram a primeira avaliação, apenas 19 participaram da segunda avaliação sobre a AE e 16 sobre a QV, resultando em 15 pacientes que realizaram as duas avaliações. A perda amostral se justifica pois 1 paciente foi a óbito e 2 entraram em cuidados paliativos, as outras 12 mulheres desistiram da participação na pesquisa por motivos diversos.

A média de AE obtida pela população estudada (n=15) na primeira avaliação foi de 33,0 e na reavaliação foi de 31,73, indicando uma população com boa autoestima conforme mostrado no gráfico 1. Lembrando que a pontuação total oscila de 10 a 40, e que uma pontuação alta reflete autoestima elevada, todavia segundo Simonetti (1989) a autoestima satisfatória é definida como escore maior ou igual a 30. (35)

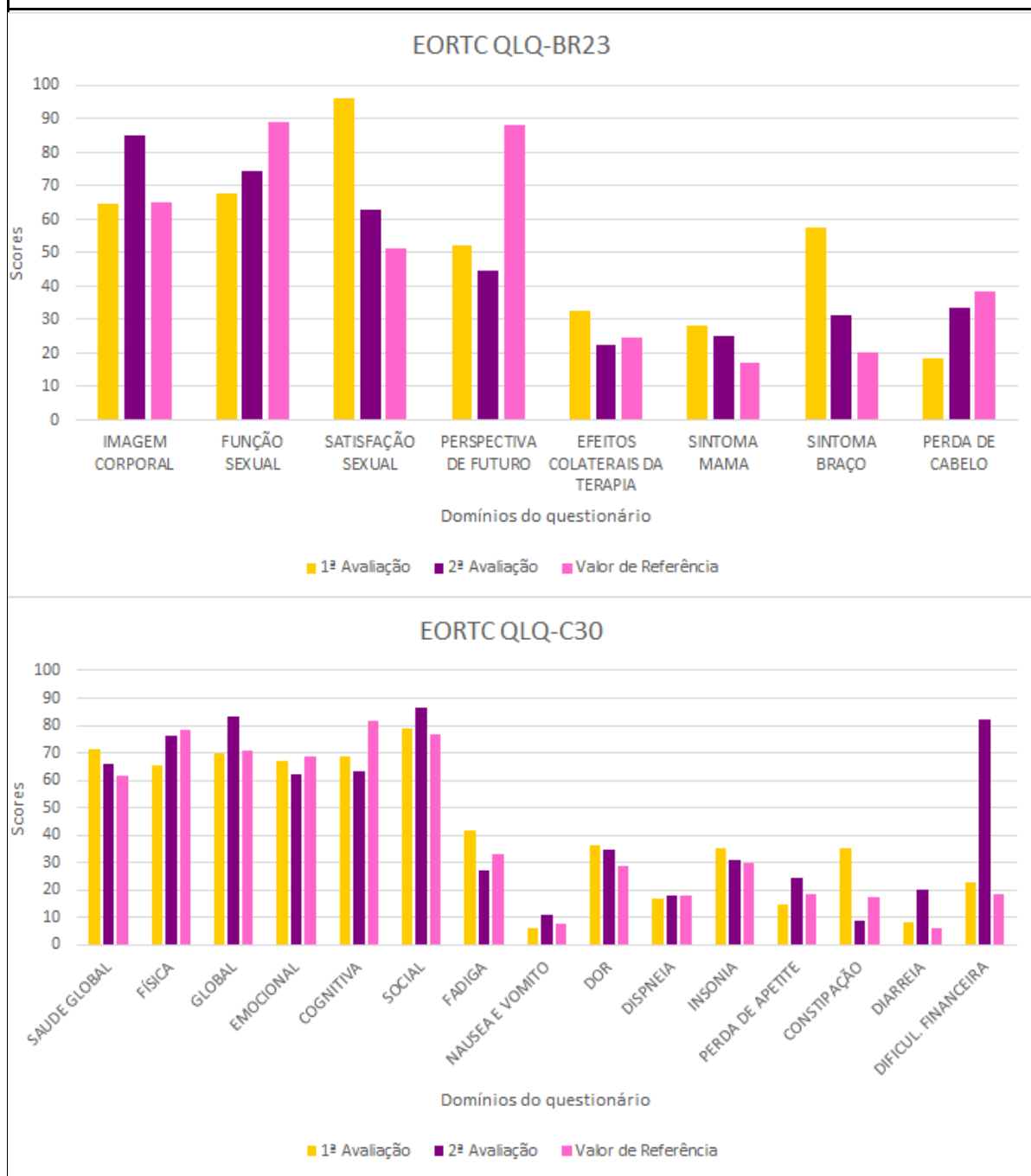
Gráfico 1- Scores da EAR antes e após intervenção fisioterapêutica:



Legenda: EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg.

O gráfico 2 demonstra o score no âmbito da QV da população observada (n=15), antes e após o tratamento fisioterapêutico, e também está incluso os valores de referência em cada item recomendados pelo EORTC QLQ Scoring Manual (36) para pacientes com câncer em vários estadiamentos.

Gráfico 2 - Scores dos questionários de QV e valores de referência do manual:



Legenda: EORTC QLQ: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Quality of Life Questionnaire.

Quando comparados os resultados da Autoestima entre a primeira e segunda avaliação, notou-se que não ocorreu uma mudança significativa após o tratamento fisioterapêutico ($p=0,319$). Já em relação a qualidade de vida houve melhora com alta

significância nos quesitos de fadiga ($p=0,041$), constipação ($p=0,040$), função global ($p=0,031$) e função sexual ($p=0,049$), entretanto apresentaram piora nos domínios de perspectiva de futuro ($p=0,024$) e dificuldade financeira ($p=0,036$), todavia os demais domínios da QV não se alteraram significativamente, assim como pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação da AE e QV antes e após tratamento fisioterapêutico.

	Scores 1^a/2^a avaliação (Δ)	p
EORTC QLQ-C30	-	-
Saúde global	71,35/67,18 (-4,17)	0,893
Função física	65,41/77,5 (12,06)	0,151
Função global	69,79/84,37 (14,58)	0,031*
Função emocional	67,18/64,06 (-3,12)	0,723
Função social	79,16/87,5 (8,34)	0,301
Função cognitiva	68,75/63,54 (-5,21)	0,829
Fadiga	41,66/26,38 (-15,28)	0,041*
Náusea e vômito	6,25/10,41 (4,16)	0,803
Dispneia	16,66/16,66 (0)	1
Insônia	35,41/29,16 (-6,25)	0,354
Perda de apetite	14,58-22,91 (8,33)	0,931
Dor	36,45/33,33 (-3,12)	0,555
Constipação	35,41/12,5 (-22,91)	0,040*
Diarreia	8,33/18,75 (10,42)	0,546
Dificuldade financeira	22,91/77,08 (54,17)	0,036*
EORTC QLQ-BR23	-	-
Imagem corporal	64,58/85,93 (21,35)	0,204
Função sexual	67,7/73,95 (6,25)	0,049*
Satisfação sexual	96,29/62,96 (-33,33)	0,469
Perspectiva de futuro	52,08/45,83 (-6,25)	0,024*
Efeitos colaterais da terapia	32,44/21,03 (-11,41)	0,753
Sintoma na mama	28,12/24,47 (-3,65)	0,906
Sintoma no braço	57,63/29,16 (-28,47)	0,961
Perda de cabelo	18,51/33,33 (14,82)	0,852
EAR	32,68/31,73 (-0,95)	0,319

Legenda: AE: autoestima; QV: Qualidade de vida; p: Nível de significância, EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg.

Com relação ao cruzamento de dados entre AE e QV, obtivemos correlações significativas, no domínio fadiga ($p=0,008$ / $r= -0,881$), náusea e vômitos ($p=0,027$ / $r= -0,810$), e diarreia ($p= 0,047$ / $r= -0,758$). Quando correlacionado os itens pesquisados no

questionário sociodemográfico com a AE, foi encontrada correlação significativa apenas entre o item tempo de diagnóstico e cirurgia ($p= 0,033$ e $r= -0,792$). O domínio função global apresentou significância, mas com correlação pequena ($p=0,045/ r= 0,062$), assim como apresentado na tabela 3.

Tabela 3 - Correlações entre QV, Questionário Socioeconômico e a AE.

	Autoestima (EAR)	
	p	r
EORTC QLQ-C30	-	-
Saúde global	0,893	0,062
Função física	0,243	0,508
Função global	0,045	0,062
Função emocional	0,155	0,599
Função social	0,524	0,292
Função cognitiva	0,120	0,640
Fadiga	0,008*	-0,881*
Náusea e vômito	0,027*	-0,810*
Dispneia	0,534	-0,285
Insônia	0,356	-0,413
Perda de apetite	0,139	-0,617
Dor	0,925	-0,043
Constipação	0,892	-0,063
Diarreia	0,047*	-0,758*
Dificuldade financeira	0,839	-0,094
EORTC QLQ-BR23	-	-
Imagem corporal	0,850	0,088
Função sexual	0,922	0,045
Satisfação sexual	0,476	0,023
Perspectiva de futuro	0,933	0,038
Efeitos colaterais da terapia	0,448	-0,344
Sintoma na mama	0,961	-0,022
Sintoma no braço	0,368	-0,036
Perda de cabelo	0,241	-0,152
Tempo Diagnóstico/Cirurgia	0,033*	-0,792*

Legenda: QV: Qualidade de vida, AE: Autoestima, EAR: Escala de Autoestima de Rosenberg, r: Coeficiente de correlação, $p<0,05$.

As variáveis da qualidade de vida e variáveis do questionário socioeconômico foram correlacionadas, sendo observada correlação significativa entre o item insônia e imagem

corporal ($p=0,025/r=-0,816$); já a dor com a idade teve boa correlação, porém não foram significantes ($p=0,054/r=0,745$).

Discussão

Esse estudo se propôs a analisar, mensurar e relacionar a autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia, além de estudar o efeito que a intervenção fisioterapêutica tem sobre esses aspectos após quatro meses de intervenção, pois observa-se que a mulher não se percebe da mesma forma e vivencia mudanças importantes após o procedimento cirúrgico, tanto em aspecto físico, psicológico e socioeconômico.

Neste estudo a alteração da autoestima não foi significativa entre as avaliações, e acredita-se que pode ser decorrente da perda amostral entre as avaliações e possivelmente em razão da autoestima já se apresentar acima do score de 30 na primeira avaliação; o que contrapõe o resultado de alguns estudos que relatam a melhora da autoestima de populações semelhantes pós-intervenção fisioterapêutica. (36), todavia culminando em um bom desfecho pois não houve piora significativa deste quesito ao longo do tempo estudado. Esses níveis podem se justificar pelo atendimento contínuo disponibilizado pelo hospital, no âmbito principalmente da psicologia. O aconselhamento e a educação em saúde podem reduzir a ansiedade, trazendo segurança e melhores escolhas de cuidado.(37)

No presente estudo foi observada melhora da QV após o tratamento fisioterapêutico nos aspectos de fadiga, constipação, função global e função sexual, e piora nos domínios de perspectiva de futuro e dificuldade financeira, porém não houve uma avaliação antes da realização da cirurgia oncológica nas pacientes para comparação de linha base.

Outro estudo mostra que a saúde global é o aspecto que mais impacta na QV, pois a dor e desconforto estão diretamente ligados com as alterações de sono e na realização das atividades de vida diária. E os domínios ambiental e social serão afetados em seguida, respectivamente. (38) O que corrobora com os achados deste estudo, onde foram encontradas alterações na insônia, imagem corporal, dor, diarreia, vômito e náuseas, as quais repercutiram negativamente e diretamente na QV, e com a intervenção fisioterapêutica aspectos físicos (função global, constipação e fadiga) foram positivamente afetados, já os sociais (função social) e ambientais (aspecto financeiro) se alteraram negativamente, evidenciando a importância do atendimento multidisciplinar, neste caso em especial do assistente social, onde questões como essas são abordadas a fim de potencializar a melhora do quadro clínico da paciente e condições de vida de toda a família.

Esses desfechos devem ser analisados com cautela devido a ausência de grupo controle para comparação dos resultados, entretanto são de relevância para melhorar a atenção a saúde de forma integral no cuidado hospitalar.

Foi encontrada correlação negativa significativa entre o item insônia e imagem corporal, indicando que quanto maior a insônia pior a percepção de imagem corporal, que pode ser atribuído a qualidade do sono das pacientes o qual apresenta variados fatores que o poderiam alterar, dentre eles estresse, sobrecarga psicológica, dor ou desconforto físico, etc. Esse achado nos leva a reflexão de como o estado de vigília poderia alterar a percepção individual de visão do próprio corpo, levando a possíveis distorções, representando um fato relevante no enfrentamento de repercussões dos tratamentos do câncer de mama, como as cirurgias oncológicas mamárias.

Quanto a qualidade de vida, Engel et al (2004), avaliaram 990 mulheres pós-tratamento de câncer da mama; onde as pacientes submetidas à mastectomia apresentaram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo mudanças nas atividades de vida diária, além disso os resultados de King et al (2000) confirmam o impacto negativo da mastectomia sobre a imagem corporal mesmo após um ano do término do tratamento. (39)

Segundo a literatura mulheres com idade avançada, relatam melhor escore de QV após tratamento do câncer da mama, do que mulheres mais jovens, o que pode ser justificado pois as mulheres mais jovens têm maior dificuldade de adaptação após câncer da mama (39), entretanto os dados obtidos neste estudo indicaram correlação positiva ($p=0,054/r=0,745$) no domínio dor em relação a idade, onde as mulheres com maior idade apresentam mais dor que as jovens, indicando que outros fatores de enfrentamento podem estar relacionados.

Foi observado também que há forte correlação negativa entre a autoestima e os sintomas de fadiga, diarreia, náuseas e vômitos no âmbito da qualidade de vida, indicando que quanto maiores os sintomas pior a QV, o que prejudica a socialização, alimentação, deixando a pessoa mais restrita, limitada. (38). Trazendo a tona a importância do cuidado destes sintomas relativamente esperados causados pelos tratamentos adjuvantes do câncer de mama como quimioterapia. Podemos evidenciar a relevância do cuidado humanizado na saúde, onde o bem estar do paciente tem papel primário no atendimento, não devendo os sintomas serem menosprezados e sim buscar sempre um amplo leque de alternativas

terapêuticas, que se encaixem ao contexto individual de cada paciente atendido, levando em conta que a minimização destes sintomas elevaria a autoestima.

Os resultados da presente amostra vão ao encontro dos achados de Rozario et al (2019), no que tange ao aspecto de que quanto menor o tempo que a paciente esperou para ser submetida à cirurgia após o diagnóstico, maior foi a autoestima (42), o que é de extrema relevância para a prática clínica, requerendo maior atenção dos profissionais e uma melhora na dinâmica hospitalar a fim de reduzir a espera prolongada pela cirurgia após o diagnóstico.

Isso também traz à tona a necessidade de diagnósticos precoces, e uma maior agilidade nesta detecção, além de programas de incentivo a prevenção de cânceres, em especial do câncer de mama pelo seu elevado número em incidência e mortalidade, levando informação e educação em saúde para a população, disseminando uma cultura de autocuidado em relação aos fatores modificáveis que são de fácil implementação no cotidiano, pois acredita-se que quando a paciente está sendo cuidada, ela se sente protegida e fortalecida para passar pelos tratamentos.

Segundo Paiva e Cesse (2015) o tratamento realizado tardiamente traz prejuízos à qualidade de vida; pois requer abordagens mais agressivas, utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, e sobreposição de sequelas, além do aumento dos gastos públicos devido a tratamentos mais caros e prolongados e custos previdenciários pelo afastamento do trabalho (43).

Em relação a caracterização da amostra deste estudo podemos observar que ela apresenta-se semelhante com a literatura, pois a faixa etária das participantes foi de 54,7 anos, corroborando com o dado de maior incidência de CA de mama feminino, que é entre 40 e 70 anos, e maior prevalência em torno dos 50 anos de idade. (1) O achado de que 70% das mulheres estão em licença ou aposentadas também corrobora com a literatura, no que diz respeito à necessidade de afastamento do trabalho e de se obter aposentadoria compulsória tanto do trabalho remunerado como das tarefas domésticas (27), e tal fato apesar de ser um benefício pois proporciona a paciente mais tempo para dedicar-se ao tratamento, pode tornar-se um aspecto negativo, do ponto de vista da autonomia, e o anseio de ocuparem o seu tempo com uma atividade útil e socialmente valorizada e, principalmente, para auxiliarem financeiramente suas famílias. Conforme estudo desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto-SP em 2010, algumas razões relatadas para a não

retomada ao trabalho foram: as limitações físicas resultantes do tratamento que eram incompatíveis com a função realizada anteriormente, a dificuldade em conciliar papéis e uma mudança nas prioridades da vida, excluindo a função exercida (27).

A pesquisa de Soares et al (1999) no qual 59% de sua amostra foi constituída por mulheres casadas, vai ao encontro do observado no presente estudo pois a maioria também era casada (53,3%). (28) Quanto a escolaridade, a maior parte de nossa amostra tinha ensino fundamental completo (40%), e em relação a renda 50% da amostra dispunha de até 1 salário mínimo mensal. Estudos epidemiológicos sugerem que essa desigualdade é em grande parte devido a resultado de fatores socioeconômicos como pobreza, que proporciona um acesso desigual à qualidade de saúde, reduzindo as taxas de acesso à mamografia, além de outros fatores socioeconômicos em conjunto, como o comportamental e o cultural, explicam melhor as fases do momento do diagnóstico e da sobrevivência. (29) De acordo com a literatura mulheres casadas ou que têm uma relação conjugal estável apresentam melhores escores de qualidade de vida global do que mulheres solteiras e mulheres com maior escolaridade apresentaram melhor função física, função emocional, menos dor e poucos sintomas na mama, e isso pode ser compreendido pelo apoio familiar contínuo, e isso é essencial nesse momento.

Conforme descrito por Robbins (1987), a mama esquerda é considerada a mais acometida por nódulos indolores ou espessamento de massa, corroborando com essa pesquisa, onde 18 mulheres (60%) tiveram a mama esquerda operada e 12 mulheres a mama direita. (30)

Outro aspecto importante, do ponto de vista de orientação a comunidade é em relação ao diagnóstico. Neste estudo 57% das mulheres fizeram o diagnóstico primário pelo autoexame, seguido da mamografia (30%). A literatura descreve que o diagnóstico de câncer de mama ainda é tardio em 60% dos casos. (31) Neste contexto as políticas de saúde incentivam o autoexame da mama de forma rotineira e frequente, pois se no momento do diagnóstico o tumor tiver menos de 1 centímetro (estágio inicial), as chances de cura chegam a 95% (32), destacando-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde(33), pois o diagnóstico tardio muitas vezes inviabiliza ou dificulta o tratamento.

Quanto aos tratamentos adjuvantes, 69,9% das mulheres desse estudo realizaram abordagem sistêmica e local, 16,6% realizaram o sistêmico isolado, 6,6% apenas o local, e

6,6% não fizeram tratamentos adjuvantes. Segundo o INCA (2019), 62,6% dos casos iniciais recebem apenas o tratamento local, e com a evolução da doença (estadio II) cerca de 70% dos casos receberam o tratamento local junto ao sistêmico. (1) Nos casos avançados, com metástases o papel da terapia local fica reservado ao tratamento para dor, descompressivo ou controle de lesões com sangramento abundante, sendo mais predominante a abordagem sistêmica. (34)

Quanto a presença de complicações observou-se presença de 80% das voluntárias com dor, 63,3% com edema, 46,6% com dor miofascial, 40% com retração, 36,6% com incapacidade funcional, 30% com aderências, 23,3% com fibrose, 16,6% com cervicobraquialgia, 13,3% com hematomas e 6,6% com bursite, portanto são muitas complicações, as quais estão diretamente relacionadas a qualidade de vida, autoestima e funcionalidade da mulher. A dor crônica secundária ao procedimento cirúrgico pode ser nociceptiva e neuropática, entidade esta que tem sido mais estudada por ser mais frequente e corresponde à síndrome dolorosa pós-mastectomia, a maior frequência de dor não está relacionada ao tipo de procedimento cirúrgico, mas sim à abordagem sobre a axila onde o nervo intercostobraquial, por sua proximidade, pode ser lesado. (40) Segundo Bregagnol (2009), mulheres que submetidas ao tratamento cirúrgico com técnica de esvaziamento axilar total, as complicações ocorrem em aproximadamente 63,6% das mulheres. (35)

Quanto mais evoluído o CA de mama, maior é a proporção de casos que iniciam o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico e conforme o nível de escolaridade é maior, observa-se maior proporção de início do tratamento em até 60 dias após diagnóstico. (1) Neste estudo a média entre diagnóstico e tratamento cirúrgico foi de 212 dias. Sendo que 40% tinham como nível de escolaridade o ensino fundamental completo.

Esse trabalho apresenta grande relevância no meio multi e interprofissional, pois a mulher operada não pode ser tratada apenas como uma mulher com câncer de mama, ela deverá ser cuidada como uma mulher que pode apresentar alteração da sua imagem corporal, autoestima, autonomia, além do medo, incerteza da cura, acesso ao tratamento humanizado e a tempo, tudo isso se pensado de forma global e individualizada fará toda a diferença no tratamento e reabilitação dessas mulheres.

Conclusão

Podemos concluir que a qualidade de vida nos domínios fadiga, constipação, função global e função sexual se alteraram positivamente após o tratamento fisioterapêutico, o que

demonstra a influência da fisioterapia sob a melhora da função física e desempenho nas atividades cotidianas. Entretanto apresentou piora nos domínios de perspectiva de futuro e dificuldade financeira. Nessa amostra não houve alteração da autoestima entre a primeira e segunda avaliação, pois o escore da autoestima apresentava-se satisfatório ou alto nas duas avaliações, podendo ser creditado ao atendimento contínuo multidisciplinar disponibilizado pelo hospital.

Existe forte correlação entre a autoestima e os sintomas de fadiga, diarreia, náuseas e vômitos no âmbito da qualidade de vida. E por fim, concluímos que quanto menor o tempo que a paciente esperar para ser submetida à cirurgia após o diagnóstico, maior será a autoestima.

Referências bibliográficas

1. INCA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro:, 2019. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf>. Acesso em 19 Outubro 2019.
2. MIGOWSKI, Arn et al . Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, e00074817, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Outubro 2019.
3. INCA. Tipos de câncer: câncer de mama. Ministério da saúde- Instituto Nacional de Câncer, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 06 Novembro 2019.
4. GOZZO, T.O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W.M.; FREITAS, I.A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, julho 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403>>. Acesso em 22 Outubro 2019.
5. SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 6, p. 1016-1021, Dec. 2011. Disponível em

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Outubro 2019.
6. ROSA, Luciana Martins da; RADUNZ, Vera. Taxa de sobrevivência na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 980-989, Dec. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Outubro 2019.
 7. NOBRE, MRC et al. - Qualidade de vida, educação em saúde e prevenção de doenças. *Qualimetria* 1994; 6: 56-9. Disponível em <<http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/Pdfs/1995/v64N4/64040002.pdf>>. Acesso em 20 Outubro 2019.
 8. SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Outubro 2019.
 9. HIPOLABOR. Outubro rosa: conheça os 5 tipos de câncer de mama e os principais tratamentos. Hipolabor, 2018. Disponível em <<https://www.hipolabor.com.br/blog/2018/10/25/outubro-rosa-conheca-5-tipos-de-cancer-de-mama-e-os-principais-tratamentos/>> acesso em 06 Novembro 2019.
 10. INCA. Controle do câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em 06 Novembro 2019.
 11. GANZ, PA. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology*. 2008; 22(6): 642-646. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18561553>>. Acesso em 20 de Outubro 2019.
 12. SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, May 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Outubro 2019.
 13. MATOS, Aline; SILVA, Fernanda. Avaliação da qualidade de vida em mulheres pós mastectomia e sua relação com a fisioterapia, 2011. Disponível em

- <https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/3476/104374_Aline.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 29 Outubro 2019.
14. ROSENBERG, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press. Disponível em <https://www.academia.edu/19813736/Rosenberg_M._Society_and_the_adolescent_self-image._Princeton_NJ_Princeton_University_Press_1965._326_p>. Acesso em 06 Novembro 2019.
 15. LOBO, Sâmya Aguiar et al . Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 6, p. 554-559, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600554&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Outubro 2019.
 16. SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2511-2522, May 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Outubro 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>.
 17. CANTINELLI, Fábio Scaramboni et al . A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo , v. 33, n.3, p.124-133, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Outubro. 2019.
 18. NATIONAL CANCER POLICY BOARD - Psychosocial needs of women with breast cancer. In: Hewitt, M.; Herdman, R.; Holland, J. (eds). *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*. Washington DC: The National Academy of Press, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n3/a02v33n3.pdf>>. Acesso em 20 Outubro 2019.
 19. MIGOWSKI, Arn et al . Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, e00046317, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000600503&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 Fevereiro 2019.

20. PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 241-250, June 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Outubro 2019.
21. NASCIMENTO, Simony Lira do et al . Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 248-255, Sept. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Novembro 2019.
22. THOMAZ, Jaya Paula; DIAS, Tamires dos Santos Maximo; REZENDE, Laura Ferreira de. Efeito do uso do taping na redução do volume do linfedema secundário ao câncer de mama: revisão da literatura. *J. vasc. bras.*, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 136-140, June 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492018000200136&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Outubro 2019.
23. LINDEN W, VODERMAIER A, MACKENZIE R, GREIG D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affec Disord.* 2012; 10(2-3): 343-351. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22727334>>. Acesso em 21 Outubro 2019.
24. ZEBRACK BJ, YI J, PETERSEN L, GANZ PA. The impact of cancer and quality of life for long-term survivors. *Psychooncology.* 2008; 17: 891-900. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18050153>>. Acesso em 21 Outubro 2019.
25. INCA. Orientações fisioterápicas: Mastologia. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/publicacoes/exercicios_mastectomizadas.pdf>. Acesso em 06 Novembro 2019.
26. EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESERCARCH AND TREATMENT OF CANCER. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3 edição. Bélgica, 2001. Disponível em <<https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/SCmanual.pdf>>. Acesso em 06 Novembro 2019.
27. GOMES NS, SILVA SR, AVALIAÇÃO DA AUTOESTIMA DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA, *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 509-16.

28. SOARES, Priscila Bernardina M. et al . Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 15, n. 3, p. 595-604, Sept. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Novembro 2019.
29. RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXAO, Adriano Nascimento. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3163-3176, Oct. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003163&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Novembro 2019.
30. GONÇALVES, Marcia. Moléstia neoplásica da mama: Aspectos gerais, psicossociais e pesquisa. Psychiatry on line Brasil, 2017. Disponível em <<https://www.polbr.med.br/ano12/prat0412.php>>. Acesso em 06 Novembro 2019.
31. PEREIRA, Maria do Carmo . Proposta para a detecção precoce do câncer de mama feminino no município de Lamim. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Conselheiro Lafaiete, 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2411.pdf>>. Acesso em 03 Novembro 2019.
32. BUSSOLOTI, Raquel M. Tipos de câncer: mama. A.C. Camargo Cancer Center, 17 de jul. de 2018. Disponível em <<https://accamargo.org.br/tipos-de-cancer/mama>>. Acesso em 06 Novembro 2019.
33. INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf> Acesso em 06 Novembro 2019.
34. GIMENES, Daniel L. Câncer de mama metastático - tratamento sistêmico. Revista Brasileira de Oncologia Clínica Vol. 10, nº 35 janeiro / fevereiro / março 2014. Disponível em <<https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/35/editorial.pdf>>. Acesso em 06 Novembro 2019.

35. BREGAGNOL, RK; DIAS AS. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. *Rev Bras Cancerol.* 2010; v. 56, n. 1, p. 25-33. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/05_artigo_alteracoes_funcionais_linfadenectomia.pdf>. Acesso em 03 Novembro 2019.
36. SILVA, Marcela Ponzio Pinto e et al . Movimento do ombro após cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 26, n. 2, p. 125-130, Mar. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Outubro 2019.
37. SILVA, JO, OLIVEIRA JE at. al., Health education for breast cancer prevention in Piripiri-PI county: pet-health of action. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, Vol 5, No 4 (2015). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i4.5458>>. Acesso em 06 Novembro 2019.
38. SOUSA, Ana Leticia Varonilia; Ana, Geisa Sant; Costa, Zulmira Maria Barroso da. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. *Comun. ciênc. saúde* ; v.25 ed.1: p.13-24, jan.-mar. 2014. ilus, tab. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/analise_qualidade_qualidade_vida_mulheres.pdf>. Acesso em 06 Novembro 2019.
39. MAKLUFL, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2006, v.52, ed.1, p.49-58. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf>. Acesso em 06 Novembro 2019.
40. COUCEIRO, Tania Cursino de Menezes; MENEZES, Telma Cursino de; VALENCA, Marcelo Moraes. Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas , v. 59, n. 3, p. 358-365, June 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Novembro 2019.

41. ROSENBERG, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press. Disponível em <https://www.academia.edu/19813736/Rosenberg_M._Society_and_the_adolescent_self-image._Princeton_NJ_Princeton_University_Press_1965._326_p>. Acesso em 06 Novembro 2019.
42. ROZARIO, G. F; RODRIGUES, T. C. R; GALAVERNA, L. S; FERREIRA, C. F. C; CARVALHO, E. M. Aplicação da Escala de Rosenberg para Avaliação da Autoestima de Mulheres Submetidas à Cirurgia Oncológica Mamária. Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 6, n. 2, art. 6, p. 66-85, jul./dez. 2019. Disponível em <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/24660>> . Acesso em 06 Novembro 2019
43. PAIVA CJK, CESSE EAP. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-no-diagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidade-hospitalar-de-pernambuco.pdf> . Acesso em 06 Novembro 2019.
44. WEBER JC , LAMB DR. Statistics and Research in Physical Education. St. Louis: CV Mosby Co, 1970, pp 59-64, 222. Disponível em <<https://doi.org/10.1177%2F875647939000600106>>. Acesso em 06 Novembro 2019.
45. INCA. Serviço de Cuidados Paliativos, Gestão da Qualidade. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/gestao_da_qualidade.pdf>. Acesso em 06 Novembro 2019.