

Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil

Priscila Almeida Barbosa ¹
Rhodrigo Goldner Cesca ²
Thatiana Egizi Dias Pacífico ³
Isabel Cristina Gonçalves Leite ⁴

¹⁻⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora. Rua José Lourenço Kelmer, s.n. Martelos. Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP: 36.036-330.
E-mail: rhodrigoc@gmail.com

Resumo

Objetivos: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica, atendidas no Hospital de referência regional em Oncologia de Juiz de Fora (MG).

Métodos: foram avaliadas 121 mulheres e aplicado o questionário European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire (EORTC QLC 30 BR23). Após análise descritiva, foi construído um modelo de regressão linear múltipla. Para a construção do banco de dados e análise, usou-se o SPSS 14.

Resultados: os valores médios do EORTC QLC 30 BR23 demonstraram uma tendência para boa QVRS, sendo a escala funcional a mais comprometida com as piores médias de escores observadas. Houve significância estatística entre a escala de sintomas e as mulheres obesas, que realizaram radioterapia adjuvante e que tiveram maior número de linfonodos dissecados. As percepções subjetivas influenciaram todos os domínios do EORTC QLC 30 BR23.

Conclusões: após controle pela variável mão funcional e tempo de cirurgia, as variáveis IMC, reconstrução mamária, sensação de peso no braço, redução amplitude de movimento (ADM) do ombro e sensação de blusa apertada demonstraram-se explicativas da QVRS. A QVRS mostra-se relativamente boa, mas influenciada negativamente pelas percepções subjetivas, além dos fatores de tratamento.

Palavras-chave Saúde da mulher, Neoplasias da mama, Qualidade de vida, Linfedema

Introdução

Em todo o mundo, o câncer de mama é o tumor mais frequente em mulheres, representando 25% das neoplasias desse grupo populacional no ano de 2012. No Brasil, cerca de 57.960 mulheres receberam diagnóstico de câncer de mama em 2016, sendo 29.760 só no Sudeste.¹ Por ser uma das principais causas de morbimortalidade, com grande importância epidemiológica e relevante impacto social, torna-se um importante foco de atenção na saúde.²

No Brasil, falhas nas estratégias de rastreamento e dificuldades de acesso ao tratamento conduzem ao diagnóstico tardio em estágios tumorais avançados,²⁻³ determinando uma abordagem cirúrgica mais agressiva como alternativa terapêutica mais recomendada e, conseqüentemente, o aumento das sequelas físicas, psicológicas e sociais.⁴

A desestruturação que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama acarretam na qualidade de vida (QV) da mulher tem sido evidenciada em muitas pesquisas nos últimos anos, não só no âmbito das morbidades, mas também com relação aos aspectos psicossociais, como o medo da recorrência ou morte, dificuldades na realização de atividades de vida diária, alterações na imagem corporal, disfunção sexual e mudanças no estilo de vida.⁴

O avanço tecnológico para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama tem aumentado a sobrevivência das pacientes com câncer, ou seja, acrescentando anos à vida, mas não acrescenta vida aos anos,⁴ valorizando, portanto, um aspecto relevante na pesquisa nos últimos tempos: a qualidade de vida das pacientes com neoplasia mamária pós-intervenção cirúrgica.⁵

Embora não haja um consenso quanto à definição do conceito de qualidade de vida, dada a complexidade de variáveis relacionadas à educação, à economia e a fatores socioculturais envolvidos, os autores concordam que esta deva abordar três aspectos: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade.⁴ Na área da saúde, portanto, há uma tendência em se reconhecer a importância do ponto de vista do paciente em relação ao impacto da enfermidade, do agravamento ou das intervenções terapêuticas no contexto de qualidade de vida, isto é, qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).

Atualmente, existe uma ampla variedade de instrumentos genéricos e específicos para avaliar a qualidade de vida. Os genéricos são usados para avaliar, de forma global, os aspectos importantes relacionados à QV (físico, social, psicológico, espiritual) em qualquer condição de saúde, enquanto os específicos são mais sensíveis na detecção de altera-

ções após uma intervenção, permitindo avaliar uma condição específica de determinada função, população ou doença. O uso de ambos, genérico e específico, é recomendado a fim de combinar vantagens e minimizar as desvantagens de cada instrumento.⁵ Dentre os inúmeros instrumentos específicos disponíveis para avaliar a qualidade de vida relacionada ao câncer de mama, o EORCT QLC 30 BR23 destaca-se como o mais comumente usado na literatura,⁶ por apresentar comprovada reprodutibilidade e confiabilidade.⁷

Juiz de Fora é um polo de referência na área da saúde, principalmente na oncologia, porém a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama ainda é desconhecida nessa cidade. Portanto, considerando a importância do tema na área da saúde, este estudo pretende avaliar a qualidade de vida em mulheres pós-intervenção cirúrgica para câncer de mama, a fim de identificar as potenciais variáveis que a influenciam. Espera-se que os resultados obtidos contribuam para a ampliação do conhecimento científico, possibilitando o desenvolvimento de terapias promotoras de uma melhor adaptação à doença e ao tratamento oncológico e de ações que minimizem as complicações decorrentes do tratamento da neoplasia mamária, sejam elas sequelas físicas, sociais ou psicológicas.

Métodos

Estudo transversal, analítico, que objetiva a avaliação da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama, pós-intervenção cirúrgica, assistidas no Hospital de referência regional em Oncologia de Juiz de Fora, Minas Gerais. A coleta das informações foi realizada entre janeiro e outubro de 2013.

Foram incluídas no estudo mulheres em tratamento do câncer de mama há mais de seis meses da intervenção cirúrgica, que compareceram ao Ambulatório de Mastologia e Oncologia para consulta de seguimento durante o período e local de pesquisa definidos. Foram excluídas mulheres com câncer de mama bilateral, doença ativa loco regional ou à distância, alteração funcional de membros superiores anterior ao tratamento de câncer e ausência de intervenção axilar (linfadectomia axilar parcial ou total e/ou biópsia do linfonodo sentinela).

Após cálculo, segundo EpiInfo, 3.5.2®, estimou-se um mínimo de 111 casos para a constituição do estudo. No período de coleta das informações, 134 mulheres foram abordadas e convidadas a participar da pesquisa, 8 não preencheram os critérios de inclusão na data da entrevista, 5 mulheres recusaram-se a participar, constituindo o total de 121

mulheres na amostra final.

O recrutamento dos casos foi realizado mediante análise de prontuários clínicos referentes às pacientes que iniciaram o tratamento do câncer de mama entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012, no local do estudo. Pela análise do prontuário, foram avaliadas variáveis referentes ao tumor e relacionadas ao tratamento.

Após a identificação das pacientes inseridas nos critérios de inclusão, as mesmas foram esclarecidas quanto ao tipo de pesquisa e à forma como esta seria conduzida, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer de número 135.887.

As mulheres que aceitaram participar da pesquisa foram submetidas, pelo pesquisador responsável, a uma entrevista que consistia primeiramente de uma ficha de caracterização do paciente: identificação, dados sociodemográficos e complicações cirúrgicas. Em seguida, foi aplicado o questionário de QV da *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLC 30 BR-23).⁷

O EORTC – C30, parte genérica do questionário de QV, é multidimensional e tem como objetivo avaliar a QV em pacientes com câncer nas duas últimas semanas. A primeira parte é composta de 30 itens que abordam questões gerais sobre o câncer, como: sintomas, efeitos colaterais do tratamento, sofrimento psicológico, funcionamento físico, interação social, sexualidade, imagem corporal, saúde global, qualidade de vida e satisfação com os cuidados médicos, independente do tipo de câncer.

O módulo específico EORTC – BR 23 tem como objetivo avaliar pacientes com câncer de mama tratado ou em tratamento. Este deve ser utilizado juntamente com o EORTC – C30. A escala EORTC–BR 23 possui 23 questões, dando continuidade ao questionário geral, e incorpora as duas seguintes escalas: escala funcional, que aborda a imagem corporal e a função sexual; e escala de sintomas, que enfoca sintomas no braço, na mama e os efeitos do tratamento.

Por fim, foi aplicado um questionário de avaliação física, que incluía a análise da presença de linfedema, mensurado segundo a proposta de Casley-Smith,⁸ calculando-se o volume estimado do membro a partir das cinco medidas de circunferência, tratando cada segmento do membro como um par de circunferências (cone truncado).

As informações do estudo foram submetidas à

análise descritiva para a obtenção das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as variáveis nominais. Os cálculos dos escores médios para cada escala do EORTC QLC30 BR23 seguiram as instruções descritas no manual dos questionários.

Após a descrição, foi realizada a análise univariada para testar a associação entre cada uma das variáveis independentes com a variável dependente QV. As que tiveram distribuição normal seguiram o Teste t de Student; para as variáveis nominais, foi usado o qui-quadrado (χ^2); e o Teste U de Mann-Whitney e Kruskal Wallis para as variáveis quantitativas com distribuição não paramétrica.

Na análise multivariada, foram construídos modelos de regressão linear múltipla para a análise das variáveis independentes, associadas ao desfecho. Foram admitidas as variáveis com $p < 0,20$ da análise univariada, bem como aquelas de relevância clínica, controladas pelo fator de confundimento (mão funcional e tempo de cirurgia). O modelo final admitiu variáveis com $p < 0,05$. Por fim, o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 14, foi utilizado para a análise estatística das informações.

Resultados

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra avaliada, verificou-se que 71,1% das mulheres apresentavam idade acima de 50 anos, com média de 56,99 anos (DP = $\pm 10,45$). A maioria era de cor branca (76%), não casada (52,9%) e possuía nível de escolaridade até ensino fundamental completo (54,5%). Em relação à ocupação, na data da entrevista, 71,9% relataram ser *do lar* (donas de casa) ou aposentadas; ao se analisar a ocupação antes do tratamento, 73,6% estavam incluídas no mercado de trabalho (Tabela 1).

Quanto à variável clínica IMC, cerca de 60,3% da população do estudo estava acima do peso, sendo a média do IMC de 27,36 kg/cm² (DP = $\pm 5,20$) (Tabela 1).

Em relação às variáveis do tumor e tratamento, a cirurgia conservadora da mama foi a mais comum (65,3%), a maioria das mulheres obteve o diagnóstico em estágios avançados III e IV (76%) e tiveram média inferior a 12 linfonodos retirados (50,4%). Observou-se que 14,9% realizaram a reconstrução mamária e, destas, 88,2% foram imediatas. A frequência do tratamento adjuvante foi elevada na amostra, sendo que 81% realizaram a quimioterapia, 84,3% a radioterapia e 86,8% a hormonioterapia.

Tabela 1

Descrição da amostra estudada segundo as variáveis em mulheres com câncer de mama, após tratamento cirúrgico. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	(Total = 121)	
	n	%
Idade (anos)		
Até 50	35	28,9
> 50	86	71,1
Estado Civil		
Casadas	57	47,1
Não casadas	64	52,9
Escolaridade		
Até Fundamental	66	54,5
Acima do fundamental	55	45,5
Cor da Pele		
Branca	92	76,0
Não branca	29	24,0
Ocupação atualmente		
Trabalho ativo	34	28,1
Do lar/aposentada	87	71,9
Ocupação antes do tratamento		
Trabalho ativo	89	73,6
Do lar/aposentada	32	26,4
IMC		
Eutrófico (< 25)	42	34,7
Sobrepeso (25 - 30)	43	35,5
Obeso (> 30)	30	24,8
Sem informação	6	5,0
Estadiamento clínico		
0-II	29	24,0
III-IV	92	76,0
Tipo de cirurgia		
Conservadora	79	65,3
Não conservadora	38	31,4
Sem informação	4	3,3
Tipo de linfadenectomia axilar realizado		
BLS	34	28,1
DAP	38	31,4
DAR	38	31,4
Sem informação	11	9,1
Linfonodos retirados		
Inferior a 12 (media)	61	50,4
Acima de 12	49	40,5
Sem informação	11	9,1
Reconstrução mamária		
Sim	18	14,9
Não	103	85,1

continua

BLS= biópsia do linfonodo sentinela; DAP= dissecação axilar parcial; DAR= dissecação axilar radical; IMC= índice de massa corporal.

Notas: Casadas: com companheiro ou em união estável; Não casadas: divorciadas ou separadas, viúvas ou solteiras; Até fundamental: possui o ensino fundamental completo ou menos; Maior que fundamental: possui ensino médio a superior.

Tabela 1

conclusão

Descrição da amostra estudada segundo as variáveis em mulheres com câncer de mama, após tratamento cirúrgico. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	(Total = 121)	
	n	%
Quimioterapia adjuvante		
Sim	98	81,0
Não	22	18,2
Sem informação	1	0,8
Radioterapia adjuvante		
Sim	102	84,3
Não	18	14,9
Sem informação	1	0,8
Hormonioterapia		
Sim	105	86,8
Não	15	12,4
Sem informação	1	0,8
Tempo de Cirurgia		
2 anos ou menos	43	35,5
>2 anos	75	62,0
Sem informação	3	2,5
Linfedema		
Presente	9	7,4
Ausente	112	92,6

BLS= biópsia do linfonodo sentinela; DAP= dissecação axilar parcial; DAR= dissecação axilar radical; IMC= índice de massa corporal.

Notas: Casadas: com companheiro ou em união estável; Não casadas: divorciadas ou separadas, viúvas ou solteiras; Até fundamental: possui o ensino fundamental completo ou menos; Maior que fundamental: possui ensino médio a superior.

Cerca de 62% das mulheres apresentaram tempo transcorrido entre a cirurgia e a data da entrevista superior a 2 anos, com média de 2,84 anos (DP = $\pm 1,54$). Em relação à avaliação física das 121 mulheres avaliadas, 9 (7,4%) apresentaram linfedema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica da mama (Tabela 1).

Em relação aos valores médios encontrados para cada módulo do questionário EORTC 30 e BR 23, observou-se um escore médio elevado na escala de saúde global 75,2 (DP= $\pm 22,11$) do módulo genérico EORTC 30, denotando uma tendência para uma boa qualidade de vida. A escala funcional do EORTC 30 foi a mais comprometida com escore médio inferior a 28,2 (DP = $\pm 21,02$). No módulo específico para câncer de mama (BR23), a escala de sintomas obteve o escore médio baixo, 25,7 (DP = $\pm 21,05$), indicando menor quantidade de sintomas referidos e melhor qualidade de vida.

Não foi observada significância estatística na análise da associação entre os escores médios do EORTC QLC30 BR23 e as variáveis sociodemográficas

(Tabela 2).

Ao relacionar as demais variáveis clínicas, tumor e tratamento com os escores médios das escalas do EORTC QLC 30 BR 23 (Tabela 3), verificou-se que a variável clínica IMC influenciou ambas as escalas de sintomas do instrumento, sendo os maiores escores médios (24,8 e 36,7, respectivamente de $p=0,029$ e $p=0,015$) observados entre obesos, apontando influência negativa da obesidade na qualidade de vida. A radioterapia apresentou associação significativa com a escala de sintomas do EORTC QLC 30, indicando pior qualidade de vida entre aquelas que realizaram radioterapia ($p=0,052$). Além disso, valor tangencial foi observado entre a radioterapia e a escala funcional do BR23, com melhor qualidade de vida observada entre aquelas que não se submeteram ao tratamento radioterápico ($p=0,06$). Em relação ao número de linfonodos dissecados, houve associação significativa com a escala de sintomas do módulo específico BR23, denotando pior qualidade de vida entre aquelas com maior número de linfonodos retirados ($p=0,024$).

Tabela 2

Relação das médias das escalas do questionário EORTC QLC 30 BR 23 com as variáveis sociodemográficas em mulheres com câncer de mama, após tratamento cirúrgico. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	Saúde Global			EORTC 30						EORTC BR23					
				Funcional			Sintoma			Funcional			Sintoma		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Idade (anos)			0,444			1,000			0,667			0,889			0,444
<50	66,7	-		48,9	-		35,9	-		62,5	-		69,0	-	
> 50	79,2	±16,7		43,6	±24,7		25,0	±15,9		58,3	±28,7		39,6	±19,8	
Estado civil			1,000			0,556			0,556			0,556			1,000
Casada	76,7	±18,0		40,0	±27,3		23,6	±19,1		60,9	±27,5		40,0	±21,0	
Não casada	79,2	±15,9		49,4	±19,2		29,5	±10,4		56,1	±29,5		46,4	±23,4	
Escolaridade			0,190			0,556			0,730			0,730			0,063
Até fundamental	70,0	±12,6		48,4	±20,9		28,7	±17,3		55,2	±19,4		55,2	±19,4	
Acima do fundamental	87,5	±15,9		23,0	±34,4		23,0	±14,0		66,7	±9,8		27,4	±9,8	
Cor da pele			0,500			0,889			0,889			0,667			0,500
Branca	75,0	±15,9		44,1	±26,3		24,9	±17,3		59,3	±27,8		45,9	±22,9	
Não branca	87,5	±17,8		44,4	±12,6		30,8	±3,6		57,2	±33,7		32,1	±8,4	
Ocupação atual			0,889			0,889			0,500			0,333			0,222
Do lar / aposentadas	75,0	±35,3		47,8	±45,6		35,9	±21,7		71,4	±40,4		57,1	±23,6	
Trabalho ativo	78,6	±11,6		43,2	±19,1		23,4	±13,8		55,2	±24,9		38,8	±20,1	
Ocupação antes do tratamento			1,000			0,556			0,556			0,556			1,000
Do lar / aposentadas	76,7	±18,0		40,0	±27,3		23,6	±19,1		60,9	±27,8		40,0	±21,0	
Trabalho ativo	79,2	±16,0		49,4	±19,2		29,5	±10,4		56,1	±29,5		46,4	±23,4	

M= média; DP= desvio-padrão; p= probabilidade de significância.

EORTC QLC = European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire.

Tabela 3

Relação das médias das escalas do questionário EORTC QLC 30 BR 23 com as variáveis clínicas, de tumor e tratamento em mulheres com câncer de mama, após tratamento cirúrgico. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	Saúde Global			EORTC 30						EORTC BR23					
				Funcional			Sintoma			Funcional			Sintoma		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
IMC			0,265			0,189			0,029			0,501			0,015
Eutrofico	79,2	±20,1		23,6	±16,8		15,8	±16,6		41,4	±18,3		21,1	±19,6	
Sobrepeso	71,5	±24,2		28,7	±20,9		23,4	±16,2		46,5	±22,8		23,2	±16,4	
Obeso	73,0	±20,9		35,6	±25,5		24,8	±19,9		48,8	±25,6		36,7	±26,2	
Cirurgia conservadora			0,901			0,746			0,645			0,206			0,324
Sim	75,0	±22,6		28,9	±21,8		21,5	±18,8		42,7	±20,7		24,4	±20,4	
Não	75,6	±21,4		26,8	±19,7		19,1	±15,8		48,7	±23,6		28,1	±22,2	
Estadiamento inferior			0,113			0,116			0,256			0,925			0,095
0-II	76,4	±23,7		27,1	±22,1		22,5	±19,5		40,9	±18,0		21,3	±19,1	
III-IV	74,8	±21,7		28,5	±20,8		20,1	±17,3		46,0	±22,9		27,1	±21,5	
Linfadenectomia axilar			0,420			0,102			0,360			0,468			0,210
BLS	82,1	±22,5		22,0	±19,9		17,3	±17,5		40,3	±19,7		18,1	±16,7	
DAP	69,5	±25,8		32,2	±22,4		23,6	±19,9		46,1	±23,4		32,2	±26,1	
DAT	74,3	±17,5		28,7	±20,1		20,9	±16,1		47,0	±21,8		26,6	±17,7	
Linfonodos retirados (abaixo da média 12)			0,149			0,645			0,405			0,149			0,024
Sim	76,2	±25,0		28,0	±23,3		20,5	±20,4		42,8	±21,6		23,5	±23,3	
Não	72,6	±18,6		28,5	±18,9		21,0	±14,5		49,1	±22,6		29,8	±19,5	
Reconstrução mamária			0,312			0,175			0,083			0,167			0,762
Sim	69,4	±24,6		22,0	±19,6		15,7	±18,9		40,1	±22,6		27,7	±24,3	
Não	76,2	±21,6		29,2	±21,2		21,5	±17,5		45,6	±21,7		25,3	±20,5	

continua

M= média; DP= desvio-padrão; p= probabilidade de significância.
 BLS= biópsia do linfonodo sentinela; DAP= dissecação axilar parcial; DAR= dissecação axilar radical; IMC= índice de massa corporal.
 EORTC QLC = European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire.

Tabela 3

conclusão

Relação das médias das escalas do questionário EORTC QLC 30 BR 23 com as variáveis clínicas, de tumor e tratamento em mulheres com câncer de mama, após tratamento cirúrgico. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	Saúde Global			EORTC 30						EORTC BR23					
				Funcional			Sintoma			Funcional			Sintoma		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Quimioterapia			0,166			0,512			0,919			0,166			0,208
Sim	74,1	±21,1		28,5	±20,5		20,6	±17,5		46,4	±22,5		26,6	±21,1	
Não	79,2	±26,2		26,8	±24,0		21,1	±19,8		38,3	±18,1		21,7	±21,3	
Radioterapia			0,424			0,052			0,311			0,060			0,362
Sim	75,7	±21,7		27,5	±20,6		19,9	±17,5		43,3	±21,4		25,0	±20,8	
Não	70,8	±24,3		32,0	±24,2		24,9	±19,6		54,1	±23,1		29,8	±23,1	
Hormonioterapia			0,516			0,409			0,768			0,191			0,625
Sim	75,7	±22,6		27,2	±20,6		20,5	±17,5		43,9	±22,3		25,3	±21,1	
Não	73,3	±18,4		32,3	±22,6		19,8	±19,5		49,1	±17,1		26,9	±20,7	
Tempo de cirurgia menor que 2 anos			0,174			0,901			0,873			0,476			0,238
Sim	72,7	±19,7		28,2	±20,2		20,6	±17,3		45,1	±18,0		27,4	±19,1	
Não	76,6	±23,3		28,2	±21,6		20,6	±18,1		44,6	±23,8		24,7	±22,1	

M= média; DP= desvio-padrão; p= probabilidade de significância.

BLS= biópsia do linfonodo sentinela; DAP= dissecação axilar parcial; DAR= dissecação axilar radical; IMC= índice de massa corporal.

EORTC QLC = European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire.

Tabela 4

Relação entre os escores médios das escalas do questionário EORTC QLC 30 BR23 com às percepções subjetivas para o diagnóstico de linfedema em relação ao tempo transcorrido pós-intervenção cirúrgica em mulheres com câncer de mama. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	Saúde Global			EORTC 30						BR23					
				Funcional			Sintoma			Funcional			Sintoma		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Sensação de peso no braço			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Atualmente															
Sim	60,60	±22,15		42,90	±20,01		33,50	±19,59		54,70	±24,32		44,00	±22,10	
Não	81,40	±19,10		21,90	±18,20		15,20	±13,84		40,60	±19,38		17,90	±14,96	
Nos 6 primeiros meses após cirurgia			< 0,001			0,002			0,004			0,158			< 0,001
Sim	67,00	±23,91		35,70	±23,03		26,70	±20,51		48,00	±22,05		35,00	±24,10	
Não	81,70	±18,45		22,60	±17,57		16,00	±13,98		42,60	±21,68		18,70	±15,22	
Sensação de pele esticada			<0,001			< 0,001			< 0,001			0,003			< 0,001
Atualmente															
Sim	65,20	±21,37		41,40	±20,88		31,40	±17,57		54,20	±22,21		40,40	±24,73	
Não	79,10	±21,26		23,00	±18,79		16,40	±16,09		41,10	±20,69		19,90	±16,27	
Nos 6 primeiros meses após a cirurgia			0,046			0,002			0,029			0,146			0,022
Sim	71,30	±21,90		34,00	±21,76		24,20	±18,46		47,30	±22,53		30,20	±22,69	
Não	78,90	±21,85		22,60	±18,84		17,20	±16,57		42,50	±21,10		21,40	±18,54	
Diminuição dos movimentos da mão / cotovelo			0,002			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Atualmente															
Sim	65,80	±23,71		43,80	±20,60		31,00	±18,61		56,00	±24,27		45,10	±22,71	
Não	79,70	±19,95		20,70	±16,75		15,70	±15,15		39,50	±18,47		16,40	±12,11	< 0,001
Nos 6 primeiros meses após a cirurgia			0,002			< 0,001			< 0,001			< 0,001			
Sim	69,00	±24,54		35,60	±22,14		26,10	±19,38		51,40	±22,64		33,70	±23,59	
Não	82,40	±16,34		19,60	±15,91		14,30	±13,30		37,10	±18,28		16,30	±12,39	

continua

M= média; DP= desvio-padrão; p= probabilidade de significância.

EORTC QLC = European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire.

Tabela 4

conclusão

Relação entre os escores médios das escalas do questionário EORTC QLC 30 BR23 com às percepções subjetivas para o diagnóstico de linfedema em relação ao tempo transcorrido pós-intervenção cirúrgica em mulheres com câncer de mama. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	Saúde Global			EORTC 30						BR23					
				Funcional			Sintoma			Funcional			Sintoma		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Sensação de blusa apertada no braço			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Atualmente															
Sim	58,70	±23,11		46,90	±21,95		39,10	±18,34		59,80	±23,53		48,80	±24,87	
Não	79,30	±19,95		23,50	±18,09		16,10	±14,45		41,10	±19,85		19,90	±15,46	
Nos 6 primeiros meses após a cirurgia			< 0,001			< 0,001			< 0,001			0,021			< 0,001
Sim	64,80	±24,41		37,60	±21,61		28,70	±19,40		51,20	±24,06		37,10	±23,68	
Não	82,50	±17,03		21,50	±17,93		15,00	±14,13		40,30	±19,04		17,60	±14,43	
Sensação de anel / relógio / pulseira apertados			< 0,001			< 0,001			< 0,001			0,008			< 0,001
Atualmente															
Sim	59,80	±18,83		43,60	±21,18		35,70	±18,42		56,90	±22,94		47,40	±22,04	
Não	78,60	±21,40		24,70	±19,48		17,30	±15,90		42,10	±20,78		20,80	±17,56	
Nos 6 primeiros meses após a cirurgia			<0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001			< 0,001
Sim	65,70	±23,23		37,40	±20,64		29,70	±17,96		53,80	±22,50		38,40	±21,83	
Não	80,40	±19,73		23,10	±19,55		15,60	±15,69		39,90	±19,95		18,70	±17,05	

M= média; DP= desvio-padrão; p= probabilidade de significância.

EORTC QLC = European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire.

Tabela 5

Resultado do modelo de Regressão linear Simples para o EORTC QLC 30 BR 23 em mulheres tratadas para o câncer de mama. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2013.

Variáveis	Saúde Global (p valor)	EORTC 30		BR23	
		Funcional	Sintoma	Funcional	Sintoma
IMC	NA	2,356 (0,451)	1,678 (0,552)	NA	4,953 0,014)
Sem reconstrução mamária	NA	7,432 (0,09)	8,167 (0,12)	10,998 (0,051)	NA
Sensação de peso no braço atualmente	-16,394 (0,017)	-10,233 (0,082)	-9,772 (0,029)	-7,893 (0,121)	-11,252 (0,032)
Diminuição dos movimentos da mão/cotovelo atualmente	-11,987 (0,141)	-18,622 (<0,001)	-9,419 (0,007)	-12,290 (0,014)	-20,468 (<0,001)
Sensação de blusa apertada no braço atualmente	-12,896 (0,064)	-7,345 (0,093)	-15,639 (0,003)	-5,456 (0,134)	-11,737 (0,034)

IMC= índice de massa corporal; NA= não se aplica.

EORTC QLC = European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire.

Neste estudo, não houve associações significativas quanto ao tipo de cirurgia, estadiamento clínico, realização de linfadenectomia axilar, quimioterapia, hormonioterapia e tempo de cirurgia nos módulos do EORTC QLC 30 e BR 23 (Tabela 3).

Ao se avaliar os escores médios do módulo EORTC QLC 30 e BR 23 quanto às percepções subjetivas para o diagnóstico de linfedema em relação ao tempo transcorrido (Tabela 4), notou-se significância elevada em grande parte das escalas ($p < 0,001$), apontando influência do diagnóstico subjetivo de linfedema na qualidade de vida desta população.

A Tabela 5 apresenta as variáveis associadas ao desfecho de pior qualidade de vida, que permaneceram no modelo final após controle do fator de confundimento (mão funcional e tempo transcorrido da cirurgia), segundo as escalas do instrumento: IMC alto (sintomas do BR23, $p=0,014$), não realização de reconstrução mamária (funcional do BR23, $p=0,51$), sensação de peso no braço (saúde global, sintomas do EORTC30 e BR23, sendo os valores de p de 0,017; 0,029 e 0,032 respectivamente), diminuição dos movimentos da mão e cotovelo (funcional e sintomas nos dois módulos, sendo o valor de $p < 0,001$ e 0,014; 0,007 e $< 0,001$ respectivamente) e sensação de blusa apertada no braço (sintomas do EORTC 30 e BR23, sendo o valor de p 0,003 e 0,034).

Discussão

Mulheres com idade superior a 50 anos, brancas, sem relação marital estável, com baixo nível de escolaridade e donas de casa ou aposentadas foram as principais características sociodemográficas observadas na população do estudo. Características semelhantes são também observadas por outros autores na literatura.⁹⁻¹⁰

Quanto à característica clínica, a maioria da população apresentou IMC elevado com média de 27,3 Kg/m². Estudos epidemiológicos associam o excesso de peso e/ou obesidade, o sedentarismo e hábitos alimentares ruins, ao aumento da incidência do câncer² e pior qualidade de vida pós tratamento.¹¹

Os achados referentes às características tumorais demonstram que a maioria das mulheres obteve o diagnóstico em estadiamento avançado, III e IV. Usuárias do serviço público de saúde têm maior prevalência de estádios avançados, refletindo o maior tempo entre suspeita e confirmação diagnóstica e menor frequência na realização de mamografia quando comparado ao setor privado. Conseqüentemente, resulta-se em condutas terapêuticas mais

invasivas^{6,12} e reafirmam-se as deficiências nas ações integradas de controle do câncer nos países em desenvolvimento no que tange a detecção precoce, programas de rastreamento eficazes e acesso oportuno ao tratamento.^{2-3,13-14}

Grande parte das mulheres foi submetida à linfadenectomia axilar e à terapia adjuvante. A maioria realizou cirurgia conservadora, não refletindo, em geral, a abordagem cirúrgica mais comumente observada nos estudos nacionais,⁹⁻¹⁰ o que pode ser justificado pela qualidade da informação contida nos prontuários médicos e pela metodologia empregada no estudo, que considerou apenas o primeiro procedimento cirúrgico relatado nos arquivos.

No estudo, a qualidade de vida relacionada à saúde foi avaliada como boa de modo geral segundo as escalas do instrumento, com exceção da escala funcional. Outros estudos corroboram esses achados.^{7,9}

As pacientes com câncer de mama têm risco elevado de desenvolver alterações em suas funções físicas e psicológicas, que afetam negativamente a sua qualidade de vida global. No entanto, a literatura aponta que a qualidade de vida global tende a melhorar gradualmente em função do tempo,¹⁵ neste trabalho a média de tempo transcorrido após a cirurgia foi de 2,84 anos e, segundo Reid-Arndt *et al.*,¹⁶ após três anos do tratamento a qualidade de vida global é similar à da população geral. Os achados do presente estudo encontram-se em acordo com a literatura ao apontar escore elevado para a qualidade de vida e saúde global das mulheres com câncer de mama.^{7,9}

De um modo geral, o tratamento adjuvante mostra estar relacionado à diminuição da qualidade de vida,^{9,17} entretanto, os efeitos negativos resultantes do tratamento sistêmico são percebidos principalmente durante o tratamento pelo surgimento de sintomas como dor, fadiga, náuseas, vômitos e alterações na função emocional.^{9,18} e tendem a melhorar progressivamente com o tempo, após o término do tratamento.¹⁷ Portanto, o baixo escore de sintomas, abordado pela dimensão do EORTC 30 pelas pacientes, era esperado, uma vez que elas não estavam mais sob o tratamento, apesar da alta frequência da terapia adjuvante realizada por estas mulheres neste estudo. Além disso, a baixa prevalência de linfedema e sintomas auto relatados de edema e dor no braço podem justificar o baixo escore de sintomas do módulo BR23.

Foi observado também que somente a realização de radioterapia e a extensão da dissecação axilar na análise univariada foram negativamente associadas à

qualidade de vida pela dimensão de sintomas do instrumento, como observado em outros estudos.¹⁷

No estudo, foi demonstrada uma avaliação negativa tanto da escala funcional do QLC30, que enfoca os aspectos físico, emocional, cognitivo e social, quanto da escala funcional do BR23, que aborda a imagem corporal, a função sexual e perspectivas futuras.

Déficits na função emocional, cognitivo e social podem ser persistentes a longo prazo em mulheres com câncer de mama,¹⁹ quando comparados às mulheres saudáveis.²⁰ Contrariamente, outro estudo aponta melhores escores pelo instrumento SF-36 para os componentes de saúde mental e física para sobreviventes de câncer em comparação com a população geral, o que pode ser explicado pela maior valorização da vida ao passar pelo câncer, bem como pelo suporte familiar e amparo recebido pelos profissionais de saúde.¹²

Muitos estudos apontam o efeito negativo na sexualidade, resultante do tratamento na percepção da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama.^{5,19,21-22} Problemas de falta de interesse sexual, lubrificação vaginal e dor à penetração são comumente relatados após o tratamento quimioterápico^{17,21} e tendem a piorar com o tempo com os piores *déficits* percebidos pelas mulheres mais jovens.¹⁹⁻²⁰

Alopecia, deformidades na mama e perda da simetria corporal são relatos comuns nas mulheres com câncer de mama, que implicam em associação negativa da imagem corporal na QV.^{5,21-22} Muitos estudos afirmam que a imagem corporal está positivamente relacionada à satisfação sexual,¹⁹ à possibilidade de reconstrução mamária²⁴⁻²⁵ e negativamente relacionada à depressão.¹⁷

A mama tem um significado cultural e social na vivência da sexualidade feminina e qualquer ameaça a sua integridade é vivida com sofrimento, acarretando sentimentos de inferioridade, rejeição e perda de autoestima.^{19,23} As mutilações cirúrgicas e os efeitos secundários dos tratamentos sistêmicos resultam em grande impacto psicoemocional nas mulheres com câncer de mama no que concerne à (re)elaboração da imagem corporal e à sexualidade.⁹ Apesar da reconstrução da mama ser benéfica para a qualidade de vida, a sua realização não constitui uma realidade do sistema público de saúde, dada a baixa frequência observada neste estudo e confirmada em outros.^{6,9} Desde 2013 existe por lei (Lei 12.802) a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

A mastectomia total é associada à pior QV

quando comparada ao tratamento conservador,²⁵ o que pode ser atribuído ao funcionamento sexual reduzido¹⁹ e mais dificuldades com a imagem corporal.²⁴ A reconstrução mamária, quando comparada à mastectomia sem reconstrução, tem melhores taxas de qualidade de vida,²⁶ com menor impacto nos aspectos psicológicos, na sexualidade, atratividade e imagem corporal.²⁵

Embora a análise desta pesquisa não permita associar diretamente os escores da subescala de qualidade de vida com a reconstrução mamária, outro estudo, porém, associou a sexualidade e a imagem corporal enquanto dimensão à avaliação positiva da saúde e da qualidade de vida pelo instrumento BR23.²³ Pode-se, portanto, inferir que quanto menos mutiladoras forem as cirurgias, mais qualidade de vida a mulher desfrutará, o que foi observado também por outros autores.^{9,19,25} Outro trabalho, contrariamente afirma não haver diferença quanto à satisfação com a cirurgia e a qualidade de vida entre o grupo de mulheres que se submeteram à cirurgia conservadora e reconstrutiva, avaliadas pelo SF-36.²⁶

Uma pesquisa que avaliava a QV em função do tempo após o diagnóstico pelo EORTC 30 BR23 demonstrou um declínio nos domínios emocional, social e sexual da escala funcional não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após o período de cinco anos.²⁷ A escala funcional do EORTC 30 BR23 foi o único domínio de QV que não apresentou melhora com o tempo após o diagnóstico inicial, sendo os piores escores percebidos na imagem corporal, função sexual e perspectivas futuras. Este fato é corroborado por um trabalho realizado em 2012,²² no qual se ressaltou que a imagem corporal tem implicações na avaliação da saúde e da qualidade de vida, tratando-se de uma relação em sentido inverso, ao passo que a função e o prazer sexual parecem estar relacionados positivamente de acordo com o EORTC 30. Outra pesquisa, porém, encontrou altos escores para a escala funcional, o que pode ser justificado pelo tempo médio transcorrido após o diagnóstico (4,8 anos) e pela seleção da amostra estudada, que ocorreu em instituição pública de amplo suporte profissional no período pré e pós-operatório para esta população.⁷

Em relação às variáveis clínicas, O IMC elevado foi amplamente associado à qualidade de vida. A obesidade é apontada como determinante de risco para o câncer de mama,² presença de comorbidades físicas e metabólicas.²⁷ Estudos demonstram associações positivas com o peso, mais evidenciadas em mulheres na pós-menopausa.^{1,3-4,7,28} Excesso de

peso e falta de atividade física nesta população afetam adversamente a qualidade de vida e predisõem piores prognósticos para o câncer. A prevalência de ganho de peso aumenta ao longo do tempo em mulheres com câncer de mama após o tratamento inicial em estudo retrospectivo.²⁸ Os efeitos secundários do tratamento afetam negativamente a função física, o peso corporal e a saúde cardiovascular.²⁸ Esses prejuízos tendem a afetar negativamente a realização de atividades da vida diária, do trabalho, além de comprometer comportamentos de vida saudáveis, como a prática regular de exercícios físicos nestas pacientes.²⁹

Já em relação ao linfedema, sua prevalência após tratamento, neste estudo, foi de 7,4%, inferior à relatada em estudo anterior realizado na mesma instituição de saúde de 44,8%.¹⁰ Embora alguns autores afirmem que a perimetria e o volume estimado do membro são instrumentos igualmente válidos e de excelente reprodutibilidade,²⁸ a diferença quanto à escolha do método diagnóstico empregado para caracterizar o linfedema entre os estudos pode justificar a divergência de valores encontrados. Outro fator que pode também explicar esta diferença de prevalência, diz respeito ao tempo de seguimento do estudo, uma vez que a frequência do linfedema tende a aumentar com o tempo a partir da lesão inicial dos linfonodos axilares pela abordagem cirúrgica ou radioterápica.^{10,29} Logo, quanto maior o tempo de seguimento, maior a probabilidade de casos de linfedema, conforme verificado no estudo de Paiva *et al.*¹⁰ Porém, as informações do presente estudo estão de acordo com outros estudos seccionais, que relatam frequência entre 0% e 22% dos casos.²⁸

Discordância entre as queixas subjetivas de linfedema e os achados no exame físico pode ocorrer. Embora os dados da literatura sejam conflitantes, não se exclui a importância de ambos os métodos, pois as queixas subjetivas da paciente podem preceder a capacidade de detectar alterações objetivas do linfedema e minimizar sua progressão.²⁸

Dor no braço, sensação de peso, restrição da amplitude do ombro e edema são sintomas frequentemente reportados por mulheres com câncer de mama e comumente associados à presença de linfedema, corroborando os resultados similarmente encontrados no presente estudo.^{5,30}

Considerando que a qualidade de vida rela-

cionada à saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um constructo multidimensional, de caráter amplamente subjetivo e mutável pelo tempo, as percepções subjetivas de alterações no membro superior, neste estudo, foram preditoras de impacto negativo nas dimensões de saúde global, função física (EORTC30 e 23) e funcional (EORTC30 e 23) da QVRS.

Pesquisa, conduzida por Assis *et al.*,³⁰ revelou resultados similares a este estudo, no qual queixas de dor, fraqueza, dormência, restrição da amplitude de movimento (ADM) ombro foram correlacionados à saúde global, física e funcional (EORTC QLQ-C30) e à imagem corporal, sintomas dos membros superiores, e perspectiva futura (BR23).

Após controle de possíveis confundimentos, reconstrução mamária, índice de massa corporal (IMC), sensação de blusa apertada, sensação de peso e redução ADM ombro foram capazes de explicar a QVRS, como observado em outros estudos.^{6,9-10,12,15-17,19-20}

Apesar de a QVRS ser relativamente boa após seis meses de intervenção cirúrgica, as percepções subjetivas mostraram-se preditoras de maior influência negativa em mulheres com neoplasia mamária, além de fatores como o IMC e a reconstrução mamária.

O interesse deste estudo reside, igualmente, nas implicações que os resultados obtidos poderão ter para o desenvolvimento de terapias promotoras de uma melhor adaptação à doença e tratamento oncológico. Assim, tal conhecimento obtido pode contribuir para produção de cuidados integrais às portadoras de câncer de mama através de protocolos de acompanhamento pela equipe de saúde no período pré e pós-operatório, na tentativa de prevenir, reduzir ou minimizar as alterações funcionais, a incapacidade social e produtiva e a promoção do bem estar psicossocial destas mulheres.

Ressalta-se que a ausência de ponto de corte para a população em estudo dos instrumentos utilizados EORTC QLC 30 BR23 dificulta o estabelecimento de avaliações mais precisas, a comparabilidade e a extrapolação dos resultados. A ausência de avaliação prévia do IMC e da mensuração do volume do braço acometido constitui outra limitação do estudo. No sentido de suprir estas demandas, novos estudos devem ser realizados.

Referências

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2015.
- Tiezzi DG. Câncer de mama: um futuro desafio para o sistema de saúde nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32 (6): 257-9.
- Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16 (9): 3649-64.
- Bertan FC, Castro EK. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. *Psico.* 2009; 40 (3): 366-72.
- 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 Mastol.* 2016; 26 (3): 126-32.
- Sousa E, Carvalho FN, Bergmann A, Fabro EAN, Dias RA, Koifman RJ. Funcionalidade de membro superior em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59 (3): 409-17.
- Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC- BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16 (2): 352-63.
- Rockson SG, Miller LT, Senie R, Brennan MJ, Casley-Smith JR, Földi E, Földi M, Gamble GL, Kasseroller RG, Leduc A, Lerner R, Mortimer PS, Norman SA, Plotkin CL, Rinehart-Ayres ME, Walder AL. American Cancer Society Lymphedema Workshop. Workgroup III: diagnosis and management of lymphedema. *Cancer.* 1998; 83 (12 Suppl American): 2882-5.
- Bezerra KB, Silva DSM, Chein MBC, Ferreira PR, Maranhão JKP, Ribeiro NL, Mochel EG. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18 (7): 1933-41.
- Paiva DMF, Leite ICG, Rodrigues VO, Cesca MG. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33 (2): 75-80.
- Connor AE, Baumgartner RN, Pinkston CM, Boone SD, Baumgartner KB. Obesity, ethnicity, and quality of life among breast cancer survivors and women without breast cancer: the long-term quality of life follow-up study. *Cancer Causes Control.* 2016; 27 (1): 115-24.
- Soares PBM. Avaliação clínico-epidemiológica e qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33 (3).
- Guerra MR, Silva GA, Nogueira MC, Leite ICG, Oliveira RVC, Cintra JRD, Teixeira MTB. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2015; 31 (8): 1673-84.
- Gonzaga CMR, Junior RF, Curado MP, Sousa ALL, Neto JAS, Souza MR. Temporal trends in female breast cancer mortality in Brazil and correlations with social inequalities: ecological time-series study. *BMC Public Health.* 2015; 15: 96.
- Chopra I, Kamal KM. A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10: 14.
- Reid-Arndt SA, Hsieh C, Perry MC. Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer. *Psychooncology.* 2010; 19 (5): 535-44.
- Lotti RCB, Barra AA, Dias RC, Makluf ASD. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Rev Bras Cancerol.* 2008; 54 (4): 367-71.
- Lôbo AS, Fernandes AF, Almeida PC, Carvalho CM, Sawada NO. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27 (6): 554-9.
- Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicol Reflex Crit.* 2012; 25 (2): 339-49.
- Kluthcovsky ACGC, Urbanet, AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34 (10): 453-8.
- Winch CJ, Sherman KA, Koelmeyer LA, Smith KM, Mackie H, Boyages J. Sexual concerns of women diagnosed with breast cancer-related lymphedema. *Support Care Cancer.* 2015; 23: 3481-91.
- Garcia SN, Jacowski M, Castro GC, Galdino C, Guimarães PRB, Kalinke LP. Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36 (2): 89-96.
- Remondes-Costa S, Jimenez F, Pais-Ribeiro JL. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicol Saúde Doenças.* 2012; 13 (2): 327-39.
- Fang SY, Shu BC, Chang YJ. The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2013; 137 (1): 13-21.
- Simeão SFAP, Landro ICR, De Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, de Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18 (3): 779-88.
- Freitas-Silva R. Qualidade de vida, satisfação com a cirurgia e morbidade no ombro e braço de mulheres com câncer de mama submetidas à quadrantectomia ou à mastectomia com reconstrução imediata. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010; 32 (2): 99.
- Schmitz KH, Speck RM, Rye SA, DiSipio T, Hayes SC. Prevalence of breast cancer treatment sequelae over 6 years of follow-up: the Pulling Through Study. *Cancer.* 2012; 118 (8 Suppl): 2217-25.

28. Bergmann A, Mattos IEM, Koifman RJ. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50 (4): 311-20.
29. Hayes SC, Johansson K, Stout NL, Prosnitz R, Armer JM, Gabram S, Schmitz KH. Upper-body morbidity after breast cancer: incidence and evidence for evaluation, prevention, and management within a prospective surveillance model of care. *Cancer.* 2012; 118 (8 Suppl): 2237-49.
30. Assis MR, Marx AG, Magna LA, Ferrigno IS. Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. *Braz J Phys Ther.* 2013; 17 (3): 236-43.

Recebido em 10 de Novembro de 2016

Versão final apresentada em 6 de Março de 2017

Aprovado em 27 de Março de 2017