



Universidade Fernando Pessoa

Curso de Mestrado em Fisioterapia Materno -Infantil

Fernanda Michel Fuga

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEÇÃO
CORPORAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Universidade Fernando Pessoa,
Porto 2016

Universidade Fernando Pessoa
Curso de Mestrado em Fisioterapia em Materno -Infantil
Fernanda Michel Fuga

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEÇÃO
CORPORAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Universidade Fernando Pessoa,
Porto 2016

© 2016
Fernanda Michel Fuga
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Fernanda Michel Fuga

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEÇÃO
CORPORAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, reading "Fernanda Michel Fuga", written over a horizontal line.

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia Materno –
Infantil apresentada à Universidade Fernando Pessoa,
orientada pela Professora Doutora Clarinda Festas,
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Fisioterapia Materno-Infantil.

Universidade Fernando Pessoa,
Porto 2016

RESUMO

O câncer de mama compõe-se de 22% dos casos novos verificados a cada ano, configurando o segundo tipo de doença mais frequente entre as mulheres. O tratamento para esse tipo de enfermidade, bem como os sintomas apresentados, provocam alterações psicológicas nas mulheres, afetando a dimensão da auto-imagem do dado existencial do ser. Logo, a escolha pela reconstrução mamária tem mostrado uma adaptação da imagem que cada mulher produz de si, e isso concorre para restabelecer o equilíbrio psicológico que é afetado, diante do diagnóstico e da perda da mama. A fisioterapia é essencial tanto na preparação, quanto após a intervenção cirúrgica das pacientes, tendo como premissa a recuperação das suas funções e também, no restabelecimento da sua autoimagem corporal, podendo minimizar os efeitos adversos da reconstrução mamária. Nesse ínterim, em uma forma transversal prospectiva, este estudo teve como objetivo, avaliar a qualidade de vida e da autopercepção corporal em pacientes com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária, relacionando a qualidade de vida com a realização ou não da fisioterapia, após o processo da intervenção cirúrgica. Como resultados, observou-se a existência de correlações entre a IC - Imagem Corporal e os domínios da qualidade de vida, com uma correlação moderada significativa apenas no domínio psicológico e que correspondeu à melhor imagem corporal da paciente. Quanto à imagem corporal, todas as pacientes demonstraram um índice satisfatório na escala corporal. Quando comparado à execução ou não da fisioterapia apresentaram igual comportamento para quem fez e para aquelas que não realizaram fisioterapia. Na verificação de quem fez ou não fisioterapia, a satisfação foi superior no grupo que fez, e a insatisfação foi menor nesse grupo do que naquele que não realizou fisioterapia.

Palavras-chave: Câncer de mama, Imagem Corporal, Qualidade de vida, Fisioterapia.

ABSTRACT

Breast cancer is composed of 22% of new cases recorded every year, setting the second most common disease among women. Treatment for this type of disease, as well as the symptoms, causes psychological changes in women, affecting the size of the existential given self-image of being. Therefore, the choice of breast reconstruction has shown an adaptation of the image that every woman produces itself, and this contributes to restore the psychological balance that is affected before the diagnosis and breast loss. Physical therapy is essential both in the preparation, and after the surgery the patients, taking as its premise the recovery of their functions and also in restoring your body self-image, and can minimize the adverse effects of breast reconstruction. Meanwhile, in a prospective cross, this study aimed to evaluate the quality of life and body self-perception in patients with breast cancer undergoing breast reconstruction, relating to quality of life with the realization or not of physical therapy after process surgery. As a result, there was the existence of correlations between IC - Body Image and the areas of quality of life, with a significant moderate correlation only in the psychological domain and that corresponded to better body image patient. As for body image, all patients showed a satisfactory index on the body scale. When compared to the performance or not of physical therapy had the same behavior for those who did and those who did not undergo physiotherapy. The verification of who made or not therapy, satisfaction was higher in the group that did, and dissatisfaction was lower in this group than that which had no physical therapy.

Keywords: Breast cancer. Body image. Quality of life. Physiotherapy.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado, amparado no decorrer deste longo percurso, me fornecendo perseverança, coragem, força e fé.

À minha família, pelo carinho, mas em especial a meus pais, Luiz Fernando Fuga e Tânia Michel Fuga, pela compreensão perante a minha ausência em alguns momentos, mas sempre me incentivando a lutar pelos meus sonhos, ideais, sempre com palavras de carinho e conforto, amor, incentivo, apoio, saibam que tenho por vocês total admiração e respeito.

À minha irmã, Thaís Michel Fuga, pela sua dedicação, apoio em todos os momentos, paciência, amizade, acima de tudo minha verdadeira amiga.

Ao meu grande amor, meu marido Ricardo França Cardoso, pelo apoio, amor incondicional, companheirismo, incentivo em todos os momentos, paciência, compreensão perante ao tempo que estive ausente para conseguir concluir este mestrado, não medindo esforços, total ajuda na superação de alguns obstáculos que foram surgindo ao longo deste caminho.

À minha orientadora, Professora Doutora Clarinda Festas, pela sua dedicação, colaboração, orientação, disponibilidade, opiniões, amizade, por tudo que me transmitiu, pelos seus ensinamentos ao longo deste mestrado.

Aos colaboradores, professora Doutora Carolina Barreto Mozzini e Dr. Rafael Ribeiro Martini, por me permitirem e facilitar o acesso ao Ambulatório de Mastologia e de Reconstrução Mamária, vinculado ao serviço de Mastologia, do Hospital da Cidade de Passo Fundo/RS/Brasil, também pela colaboração no solucionar de dúvidas e problemas que foram surgindo no decorrer deste trabalho, disponibilidade, amizade e orientações mostrando-me o caminho correto.

Ao Hospital da Cidade de Passo Fundo/RS/Brasil, por me permitir realizar esta pesquisa em um de seus ambulatórios.

A todos as pacientes que participaram espontaneamente, contribuindo assim para a realização desta pesquisa.

À Universidade Fernando Pessoa, pela sua receptividade aos alunos brasileiros, também pela sua excelência em ensino superior.

À empresa Stevenson Educacional pelo acolhimento, auxílio de meu crescimento profissional e seriedade no que faz.

A todos meus amigos que conquistei ao longo deste mestrado, pela amizade, companheirismo, apoio.

À minha amiga, paciente e Coaching, Fernanda Menna Barreto, pela sua dedicação, carinho comigo no decorrer de todo este caminho, onde me mostrou o verdadeiro significado de “Eu quero, eu posso, eu consigo, eu mereço”.

GRATIDÃO, é a palavra que resume o meu sentimento!

Gratidão para tudo e para todos!

É fundamental que você coloque: AMOR, PAIXÃO, ENTUSIASMO, em tudo que faz, porque é assim que os “milagres” começam a acontecer. (José Roberto Marques)

O “milagre” eu realizei pois, fiz com AMOR, PAIXÃO, ENTUSIASMO, resultando na conclusão do meu mestrado!

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	VI
ABSTRACT	VII
AGRADECIMENTOS	VIII
ÍNDICE DOS GRÁFICOS	XIV
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XV
INTRODUÇÃO INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
<i>1.1 Qualidade de vida.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2 Qualidade de vida e o câncer de mama.....</i>	<i>24</i>
<i>1.3 Imagem corporal.....</i>	<i>26</i>
<i>1.4 A mama e o câncer.....</i>	<i>32</i>
<i>1.5 O papel da fisioterapia</i>	<i>47</i>
CAPÍTULO II – MATERIAIS E MÉTODOS.....	54
<i>2.1 Tipo de estudo.....</i>	<i>55</i>
<i>2.2 População e amostra</i>	<i>55</i>
<i>2.3 Colheita dos dados.....</i>	<i>56</i>
<i>2.4 Dados estatísticos</i>	<i>59</i>
CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	60
CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO	78
CAPÍTULO V – BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS.....	90

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91
ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	94
ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	95
ANEXO III – QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	97
ANEXO IV – ESCALA DE IMAGEM CORPORAL: COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO.....	112
ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE FERNANDO PESSOA	117
ANEXO VI – OBTENÇÃO DO WHOQOL – 100	119
ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO	121
ANEXO VIII – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	123
ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DO QUESTIONÁRIO WHOQOL- 100.....	125
ANEXO X – AUTORIZAÇÃO DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL: COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO	127

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1 – Domínios e facetas dos WHOQOL-100.....	57
--	-----------

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra	61
Tabela 2 – Qualidade de vida global e percepção geral da saúde	63
Tabela 3 – Comparação das médias na Qualidade de vida fez e não fez Fisioterapia ..	67
Tabela 4 – Parte I da amostra da Imagem corporal global para as pacientes Pré-mórbido que fizeram e não fizeram Fisioterapia segundo as diferentes questões da IC.....	69
Tabela 5 – Parte II da amostra da Imagem corporal global para as pacientes com corpo Mórbido que fizeram e não fizeram Fisioterapia segundo as diferentes questões da IC	72
Tabela 6 – Satisfação ou Insatisfação da IC segundo ter realizado ou não Fisioterapia	75
Tabela 7 – Correlação do tempo de cirurgia com a IC e a QV.....	76

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Qualidade de vida (WHOQOL).....	65
Gráfico 2 – Qualidade de vida para as pacientes que fizeram e não fizeram fisioterapia	66

LISTA DE ABREVIATURAS

ADMs	Amplitude de Movimentos
BRCA	Breast Cancer
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
CA	Caracterização da Amostra
CPT	Complex Physical Therapy
HER	Human Epidermal growth factor Receptor-type
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machines
IC	Imagem Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NIH	National Cancer Institute
OMS	Organização Mundial da Saúde
PH	Potencial Hidrogeniônico
QV	Qualidade de Vida
RNAm	Ácido Ribonucleico mensageiro
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFC	Terapia Física Complexa

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O câncer de mama corresponde a 22% dos casos novos de doenças a cada ano, sendo o segundo tipo mais frequente no mundo entre as mulheres, tanto em países em desenvolvimento, quanto em países desenvolvidos (SBM, 2015).

O tratamento do câncer de mama e os sintomas apresentados concorrem para que as mulheres sofram alterações psicológicas, que afetam a dimensão existencial do ser-mulher (Azevedo e Lopes, 2010). Nesse sentido, a opção pela reconstrução mamária tem indicado uma adaptação da imagem, contribuindo para restabelecer o equilíbrio psicológico que é perdido, quando ocorre o diagnóstico e a perda da mama (Gil, 2005).

O câncer de mama, que é o mais comum entre as mulheres, apresenta 12,1 mortes para cada 100 mil habitantes (Portal Saúde, 2015). A estimativa de novos casos é de 57.120 (Brasil, 2011). Ao longo do tempo, o tratamento desse tipo de câncer submetia as mulheres a cirurgias radicais e mutilantes, baseadas na extirpação de todo o tumor. Nos tempos atuais, as técnicas cirúrgicas e de anestesiologia propiciaram a escolha de um tratamento mais adequado para cada indivíduo (Azevedo e Lopes, 2010).

Atingindo as mulheres na parte física e psicossocial, o câncer mamário afeta as pacientes tanto pela doença, quanto pelo tratamento. A sua aceitação, adaptação à construção de uma nova autoimagem, nos permite compreender o qual é complexo o enfrentamento da doença na vida das mulheres, aspecto que faz com que elas se sintam inseguras, no que tange a imagem que cada uma faz de si e a relação que as mesmas constituem com os outros (Soares, 2009).

As reações adversas, como alterações físicas advindas do tratamento de quimioterapia e radioterapia, acabam em repercussões negativas no dia a dia da mulher, como: ganho de peso, náuseas, vômitos, palidez, disfunção cognitiva, entre outras (Santos e Vieira, 2011).

E, a imagem corporal acaba sendo influenciada por vários aspectos, tais como: fisiológicos, psicológicos, relações sociais e até mesmo o surgimento de doenças (Kappaun e Ferreira, 2008; Turtelli, 2003; Tavares, 2003).

Nessa perspectiva, a reconstrução mamária pode resultar em algumas complicações mais específicas, tais como, seroma, necrose de pele, infecção, aderência, deiscência cicatricial, limitação da amplitude do ombro, dor e desconforto, alteração sensorial, fraqueza muscular, linfedema, contratura capsular, hérnia abdominal, cordão axilar, lesão de nervos (Nascimento et al., 2012).

A finalidade da reconstrução mamária é a de restaurar a forma, tamanho e aparência (Montenegro, 2009) após a mastectomia, além de recompor a autoimagem corporal, aceitação social, imagem psíquica e sexualidade da mulher.

Nesse ínterim, a qualidade de vida em pacientes com câncer é de extrema importância e deve ser observada em todas as fases do tratamento (Ferraz, 2009). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV pode ser definida 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” (Sales et al., 2001, p. 3).

E, a fisioterapia, por sua vez, desempenha um papel imprescindível no pré e pós-operatório das pacientes intervencionadas tanto na recuperação das suas funções, quanto no restabelecimento da sua autoimagem corporal e a autoestima, prevenindo e minimizando os efeitos adversos da reconstrução mamária. O fisioterapeuta objetiva prevenir complicações, formação de linfedema, cicatrizes inestéticas, aderências e fibrose, buscando qualidade de vida (Magno, 2009).

A motivação para que esse trabalho se efetivasse, justifica-se pelo índice elevado de mulheres com câncer de mama no Brasil e a importância de se avaliar a autopercepção

corporal de pacientes que são submetidas à reconstrução mamária, relacionando com a QV a partir do tratamento com ou sem fisioterapia.

O objetivo geral deste estudo é avaliar a qualidade de vida e da autopercepção corporal em pacientes com câncer de mama, submetidas à reconstrução mamária, relacionando a QV com a realização ou não da fisioterapia.

A metodologia do trabalho pautou-se por uma pesquisa transversal, realizada prospectivamente. Constituiu-se por uma população de mulheres com câncer de mama, submetidas à cirurgia de reconstrução mamária, numa amostra de mulheres que retornaram à consulta de *follow-up* na consulta nos Ambulatórios de Mastologia e de Reconstrução Mamária, vinculado ao Serviço de Mastologia do Hospital da Cidade de Passo Fundo/RS, no período de setembro de 2015 a março de 2016.

Após a assinatura do TCLE, foram distribuídos os questionários de caracterização da amostra (CA) e de avaliação da Qualidade de Vida (QV) WHOQOL-100 e a escala de Imagem Corporal (IC) para serem lidos e respondidos pelas pacientes.

Como instrumento da colheita de dados, o questionário CA foi constituído por uma série ordenada de perguntas que foram respondidas por escrito. Organizaram-se os dados pessoais dos pacientes, bem como sobre questões que se relacionam à terapia, procedimentos de fisioterapia, antes e depois da reconstrução da mama, incluindo tempo, frequência, duração e satisfação. Também foi utilizado o questionário de QV WHOQOL-100, abreviado na sua versão em português, sendo um instrumento de avaliação de qualidade de vida, composto por 100 itens desenvolvidos por meio de um projeto colaborativo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Destacou-se que a existência de correlações entre a IC e os domínios da QV, houve uma correlação moderada significativa apenas no domínio psicológico e que correspondeu à melhor imagem corporal da paciente.

Ao avaliar a imagem corporal, todas as pacientes demonstraram um índice considerado e satisfatório na escala corporal. Quando comparado à execução ou não da fisioterapia, apresentaram, praticamente, o mesmo comportamento para quem fez e para aquelas que não realizaram fisioterapia.

Na verificação de quem fez ou não fisioterapia, o valor de satisfação foi superior no grupo que fez, e a insatisfação foi menor no grupo que fez fisioterapia do que no grupo que não fez fisioterapia.

Nosso trabalho foi desenvolvido em quatro capítulos, por meio dos quais buscaremos demonstrar os aspectos constitutivos, dessa pesquisa metodológica e suas dimensões teóricas, investigativas e a análise e discussão dos resultados, que nos possibilitará compreender os objetivos atingidos com esta investigação.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Qualidade de vida

Em sua dimensionalidade, a qualidade de vida (QV) desvela-se no mundo atual, a partir do efetivo padrão de satisfação que as pessoas exibem no que se refere à sua forma confortável de viver e de sentir-se na vida, consigo mesmo e em sociedade.

Nessa linha de entendimento, a qualidade de vida insere conceitos que implicam

[...]uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma contribuição social com a marca da relatividade cultural (Minayo et al., 2000, p. 8).

Esses significados múltiplos inserem-se em várias dimensões, abrangendo entre essas, a saúde. Para Fioroni (2009), a dimensão múltipla do conceito de QV torna como objeto de estudo de investigação e reflexão as várias ciências sociais, entre elas, as ciências da saúde.

Conforme expõem Epstein et al. (2001), a expressão “Qualidade de Vida” é um estado de bem estar em que cada pessoa é capaz de efetuar as atividades da vida diária, que dizem respeito ao seu bem estar físico, psicológico, social, buscando a sua satisfação pessoal, com função de controle da doença, ou também, com a solução dos sintomas.

Chantal (2001) afirma que, na pirâmide de Maslow ao tratar das necessidades, tem como base, as orgânicas primárias, em seguimento a segurança da existência, após os

contatos e premência de estima, no reconhecimento da competência e do prestígio. No vértice da pirâmide, apresenta-se a autorrealização. Para que se consolide uma existência em harmonia, com uma boa qualidade de vida, é preciso haver um equilíbrio entre as quatro necessidades essenciais que são as físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Mcraay (2000), indica que a QV está ligada ao bem estar físico, social, psicológico e espiritual. O físico origina-se da atividade funcional, força ou cansaço, sono e descanso, dor e outros sintomas. O social é oriundo dos papéis e relações, aspecto e intimidade, aparência, tempo livre, isolamento, trabalho e situação econômica e ainda estresse familiar. O psicológico concerne ao controle, ansiedade e medo, depressão, conhecimento da doença e tratamento. E o bem estar espiritual, segue o sentido da doença, esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior.

Na acepção de Ferrel e Dow (1997), a QV na linha da oncologia tem seu conceito a partir da visão do individual de bem estar, sob uma perspectiva multidimensional que, em geral, envolve a dimensão física, psicológica, social e espiritual. Nesse sentido, uma das versões pontua a QV com o domínio psicológico, espiritual, social e físico, importando em aspectos negativos como também positivos em todos os domínios.

Já na versão de Wyat e Friedman (1996), a QV dos enfermos oncológicos define-se a partir de uma interação multidimensional dos domínios da vida, com destaque para o apoio social, aos problemas espirituais e filosóficos, para minimizar os efeitos físicos do câncer.

Nesse cenário, a QV em mulheres com câncer de mama, é muito importante, devendo ser observada em todas as fases do tratamento (Ferraz, 2009). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Qualidade de Vida, a partir da percepção da pessoa de seu papel na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais convive no que diz respeito aos seus objetivos, expectativas, entre outros (Organização Mundial da Saúde, 1995). Esse conceito, de acordo com Minayo et al. (2000), pauta-se pela concepção dos elementos positivos e negativos, conforme visão da pessoa em questão.

Tanto Turtelli como Tavares (2003) expõem que, atingindo as mulheres na parte física, psicológica e social, o câncer mamário afeta as pacientes pela doença e também pelo tratamento. A sua aceitação, adaptação e imagem corporal faz com que elas não estejam preparadas para enfrentar a doença nesta etapa de suas vidas, sentindo-se inseguras. De acordo com Soares (2009), essa imagem é influenciada por vários aspectos, tais como: fisiológicos, psicológicos, relações sociais e até mesmo o surgimento de doenças.

Avaliar a QV em saúde é bastante importante quando se trata de observar o impacto nas mulheres com câncer de mama bem como a imagem que apresentam sobre o corpo diante da enfermidade.

1.2 Qualidade de vida e o câncer de mama

A QV, na sua expressão, consta na literatura médica desde a década de 60, segundo relatam Nunez et al. (2009), no entanto, é somente a partir dos anos 90 que este tema começa a ter efetivada a sua significância, através de publicação de artigos. Nesse sentido, foi na oncologia que se demonstrou com o uso frequente de terapêuticas iatrogênicas e a presença de elevada taxa de insucesso, que a mensuração da QV assumiu a sua importância.

De acordo com Bowling (1995), a verificação da QV em cenários de saúde/doença traz como finalidade essencial, destacar aspectos diretos e indiretos que se originam do impacto da doença ou dos tratamentos na vida do paciente, sendo que, sob uma visão de saúde, por fazer referência ao bem estar social, emocional e físico de quem se encontra enfermo e segue em tratamento.

Dessa forma, conforme expõe Wilson (2004), a QV em saúde procura medir a perspectiva subjetiva que o paciente tem sobre a sua doença e tratamentos. Nessa linha, objetiva mensurar o que é impossível determinar baseado em testes objetivos, a partir da doença com suas intervenções em saúde e perspectivas futuras. Logo, na aceitação de

Guiteras e Sanchez (2004), a QV em saúde diz respeito à valorização subjetiva que o paciente tem de vários aspectos da sua vida, no que se refere ao seu estado de saúde.

Cleary et al. (1995), destaca que a QV contempla-se nos vários aspectos da vida de uma pessoa que se alteram devido a variações do seu estado de saúde, e que muito importam para a sua qualidade de vida. Assim, segundo referem Secchi e Strepparava (2001), a QV dimensiona-se em um conceito que associa o dinamismo, resultado das mudanças ao longo do tempo, geradas pela situação do doente ou do ambiente em que vive dentro de uma subjetividade, norteadas pela visão do indivíduo, crenças, sentimentos e expectativas.

No que concerne à situação da mulher com câncer de mama, segundo assinalam Majewski et al. (2012), levando em consideração a QV, sempre que possível, são oferecidos tratamentos para preservar a mama e diminuir de forma significativa, o sofrimento psicológico e social da paciente.

Carlsson et al. (2004), afirma que as mulheres com câncer de mama que optam pelo tratamento sob a forma antroposófica, aumentam a sua percepção de qualidade de satisfação com a vida. De acordo com Simeão et al. (2011), também aquelas que passam por cirurgia de quadrantectomia, sem necessitar de reconstrução, são as que possuem as melhores médias no que refere à melhor QV. Dessa forma, segundo Bezerra et al. (2012), o tipo de cirurgia influencia a QV, pois a não conservadora indica os piores níveis de QV, sendo pontuados pelo menor tempo, desde a cirurgia e pelas terapias adjuvantes.

Nesse aspecto, Rafihi-Ferreira et al. (2011), aponta que o comprometimento do sono, devido à depressão em mulheres com câncer de mama, também é um fator que predispõe à perda da qualidade de vida. Além disso, Morone et al. (2004) afirma que no que diz respeito à idade, mulheres mais jovens, comparadas a pessoas mais velhas, apresentam pior QV no primeiro ano após a radioterapia, sendo que, de acordo com relato de Bantema Joppe et al. (2015), três anos após a radioterapia, as mulheres mais jovens têm mostrado que deixaram de sentir dor e fadiga.

Sio et al. (2014) destacam que a idade da paciente, independente da extensão da doença, relaciona-se à QV. As mulheres jovens, submetidas a terapias agressivas mostram-se mais propensas, apresentando melhor estado físico do que as mulheres de mais idade. No entanto, pacientes mais velhas, relatam melhor QV, sendo importante a idade do paciente no momento de discutir as opções de tratamento do câncer de mama.

Segundo Ngomane et al., (2014), as orientações de tratamento fisioterapêuticas realizadas de forma domiciliar, não influenciam a QV das mulheres em tratamento do câncer de mama. Para tanto, a QV pode ser afetada devido ao tratamento que é realizado para o câncer de mama, podendo ser melhorada, conforme sugerem Rett et al. (2013), a partir do tipo indicado para a fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama.

Já Montenegro (2009), postula que a reconstrução mamária, além de restaurar a forma, tamanho e aparência após a mastectomia, busca a recomposição a autoimagem corporal, aceitação social, imagem psíquica, sexualidade e, em consequência, contribui para melhoria da qualidade de vida da paciente. Para Fingeret et al. (2013), manifestam-se assim, domínios e características distintivas de satisfação do paciente, imagem corporal e QV, nos resultados para as mulheres submetidas à reconstrução da mama.

1.3 Imagem corporal

Na sua forma, a IC indica como as pessoas se veem quanto ao seu corpo, em uma representação mental. Essa abordagem, segundo Tavares (2003) reforça a convergência de mediações motoras e psíquicas quando se trata do desenvolvimento do indivíduo.

Para Schilder (1994), o conceito de IC pode ser percebido sob dois prismas: primeiramente, a partir das dificuldades na sua compreensão e aceitação, em sua dimensão fenomenológica. E o segundo, quando tende à integração do conhecimento com o aumento do interesse pelo estudo e pesquisa por profissionais de várias áreas, que incluem a Psicologia, Educação Física, Sociologia e Medicina.

Na sua origem, a definição de imagem corporal, a priori, conforme revela Cunha (2004), diz respeito ao esquema corporal, num conceito neurológico, e à imagem corporal, sob uma visão psicanalítica. Mais tarde, a noção de imagem corporal implica um papel constitutivo e estruturante, a partir do instante em que edifica no inconsciente, uma imagem de corpo. Hoje, sustenta-se a ideia de que a imagem corporal também é a percepção do corpo como objeto.

Cunha (2004) ainda salienta que a imagem corporal traz no seu conteúdo uma certa complexidade, uma vez que a sua compreensão impõe uma projeção interior de uma imagem que diz respeito ao corpo. Todavia, recentemente essa projeção tem-se centrado na percepção do “eu”, do *self*, que muito tem a ver com sociedade ocidental e pós-moderna, caracterizada pelo individualismo e pelo consumismo.

Na visão de Schilder (1994), lidar com o conceito de imagem corporal implica, assim, ser impossível tratar mente e corpo como algo separável, havendo a necessidade e perceber a ligação entre os fatores fisiológicos, psicológicos e sociológicos da vivência corporal.

Ademais, conforme Cash (2005), investir na aparência é essencial para a definição da imagem corporal. Percebemos que na atualidade, a construção da imagem do corpo pode ser observada por um lado, sob as atitudes que concernem ao próprio corpo; e, por outro, sob as percepções, sendo pontuados os sentimentos em um componente avaliativo/afetivo, com os pensamentos e as crenças ligadas à imagem corporal, num componente cognitivo e de investimento.

E para Pruzinsky e Cash (2002), a imagem do corpo pode ser vista pelas pessoas a partir de uma construção multidimensional que insere aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, afetando emoções, pensamentos e a maneira das pessoas se relacionar com outros. Nessa linha de entendimento, Schilder (1994) assinala que a imagem corporal implica a percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma. Isso se soma às emoções e ações que têm origem na experiência do próprio corpo e do contato com o corpo e sua imagem, em experiência

também por outras pessoas. Dessa forma, configura-se a imagem corporal em um constructo dinâmico de trocas de experiências.

Para Turtelli (2003), a imagem corporal abarca todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua o seu próprio corpo. Nesse contexto, “reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo”. Com certa complexidade, a sua definição traz interpretações simplistas que podem levar a equívocos. Como construto multidimensional e dinâmico, a imagem corporal influi e se deixa influir pelas relações sociais que as pessoas realizam. Nesse liame, inclui também aspectos fisiológicos e psicológicos. Tavares (2003) refere que vários fatores podem influenciar e alterar a imagem corporal de um indivíduo, estando entre esses, também, o surgimento de doenças.

Os autores Kappaun e Ferreira (2008), afirmam que o corpo é cada vez mais concebido como objeto, ou pela cultura, ou pela medicina. Entretanto, todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua seu próprio corpo, incluem a sua imagem corporal. Vários fatores concorrem para influenciar e alterar a imagem corporal de uma pessoa, destacando-se, assim, o surgimento de doenças, principalmente, o diagnóstico de câncer. Esse tipo de doença ainda permanece como um estigma, chamando a atenção pelo medo da morte. Seu tratamento leva a um comprometimento físico, emocional e social. Assim, a avaliação da imagem corporal em mulheres que sofreram cirurgia para tratamento de câncer de mama, deve se ter a sua atenção efetivada pelos profissionais da saúde.

Nessa perspectiva, Martins (2004), indica duas expressões basilares que podem perturbar a imagem corporal. Primeiramente, a deformação no tamanho do corpo, que insere a maneira de perceber, quando as pessoas se tornam incapazes de verificar seu tamanho de forma apropriada. Depois, inclui-se o descontentamento do corpo, que mostra o sentimento das pessoas quanto ao seu corpo ou partes dele que vão desde a satisfação à depreciação. Essas percepções distorcidas da imagem podem manifestar-se independente uma da outra ou no seu conjunto, como por exemplo, a anorexia, bulimia e obesidade.

Clapis (1996) ,vem postular que a mulher, ao se socializar, projeta moldes de beleza e, nessa prospeção, a mama desenha-se não apenas como representação de maternidade e feminilidade, como também de sexualidade. A mama, na sua forma efetiva de idealização da sociedade, tem-se identificado como um símbolo sexual na função de mulher. Logo, a possibilidade de perda do órgão mamário, em decorrência de uma neoplasia, torna-se ameaçador para a imagem do corpo feminino, o que expõe a risco o orgulho da mulher, uma vez que incita mudanças de imagem do corpo pela mente, além de alterações da identidade psicossocial feminina.

Na visão de Palhinhas (2000), a figuração da imagem corporal não inclui apenas a aparência física, mas também a integridade corporal, norteadas pela percepção do corpo como intacto, completo e em seu funcionamento integral. Nesse sentido, de acordo com Cantinelli et al. (2006), sendo considerada a metonímia do feminino e de uma forma muito complexa, a mama, quando acometida pela enfermidade do câncer, leva as pacientes a questionarem o seu papel de mulher, atraente e feminina e também aquela que amamenta.

Na atual sociedade, a imagem corporal constituir-se de uma radical importância, em especial, para a mulher. A mama, nesse sentido, representa um símbolo corporal da sexualidade, sendo percebida como um dos principais atrativos sexuais do gênero feminino, inserindo um grande sentido de beleza, feminilidade e fertilidade, em um estereótipo psicossocialmente construído. Logo, a amputação desse órgão pode causar a diminuição da imagem corporal na mulher (Seara, 2012).

Nesse entendimento, Cantinelli et al. (2006), relatam que quando diagnosticada, a neoplasia mamária representa complicações como qualquer outra doença, como ruptura da saúde corporal, dúvidas sobre o tratamento, possibilidade de recorrência, quebra da rotina de vida, sensação de impotência, entre outras, somadas ao temor das mulheres por esse tipo de câncer pelos efeitos psicológicos que a amputação parcial ou total da mama. O câncer não se caracteriza como uma doença única, no entanto, envolve um conjunto de várias patologias. Cada tipo pode trazer causas específicas às pacientes. Dessa maneira, as neoplasias mamárias mostram sua causa sobre as mulheres.

Guirro e Guirro (2006), afirmam que, especificamente por se tratar por um tumor que tem origem nas estruturas glandulares e nos ductos mamários, o câncer de mama mostra frequência e efeitos psicológicos que podem afetar a percepção, a sexualidade e a imagem pessoal da mulher somada a desconfortos e debilidades físicas. Por essa razão, conforme referem Ramos e Patrão (2005), com potencial de morte e sendo estigmatizante para a mulher, o câncer de mama traz consequências biopsicossociais à doente. Isso implica a necessidade das pacientes se readaptarem às suas vivências intrapsíquicas. Muitas vezes, o prognóstico do cancro de mama pode ser incerto e os tratamentos, podendo ser agressivos, e isso expõe a mulher a transformações na sua imagem corporal.

Assim, segundo expõem Santos e Vieira (2011), a mulher vivencia um processo de reestruturação da imagem corporal quando se encontra diante do diagnóstico do câncer de mama. Essa imagem engloba aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que mexe com emoções, pensamentos e o maneira de se relacionar com as pessoas. A enfermidade desse tipo de câncer e o efeito estético, podem comprometer a execução de tarefas do dia a dia que exijam força física e movimentos repetitivos. Isso pode levar a muito sofrimento para mulher, que se vê impossibilitada de realizar atividades que contribuía para seu status social e até sustento financeiro. Para Almeida et al. (2012), adoecer por câncer de mama contribui para o adoecer também da imagem corporal da mulher, acometida pela enfermidade. É um impacto que varia de acordo com o tipo de cirurgia escolhido, com os tratamentos complementares adotados, com o sistema de apoio que cerca a paciente e suas características individuais.

Nesse sentido, a autoimagem, na percepção de Silva e Santos (2011), pode ser o indicativo de conflitos na sensação de autossuficiência, temor em relação à evolução do quadro, sentimento de culpa pelo transtorno gerado na família, vivência de situações sociais perturbadoras e desejo de retornar à ocupação profissional. Para Moreira e Canavarro (2011), a importância que a mulher atribui à sua aparência, é fundamental para a sua adaptação nas fases que se incluem na enfermidade do câncer da mama. Diante do exposto, soma-se também, segundo Pisoni et al. (2013), os efeitos colaterais, os preconceitos, a rejeição social e as limitações físicas. Essas dificuldades podem

despertar sentimentos de tristeza, desesperança e desespero. Essas alterações na autoimagem, aduzem Makuf et al. (2006), advêm muitas vezes, do tipo de tratamento efetivado, especialmente, quando esse tratamento é mutilador.

Relatam Amâncio e Costa (2007), que para a autoimagem da mulher, a mastectomia representa uma intervenção cirúrgica bastante traumática. Traduzindo um simbolismo muito forte, essa intervenção muitas vezes é visualizada pela mulher como uma agressão à sua imagem, porque promove uma castração de uma parte de seu corpo. A retirada da mama pode contribuir para que aflore sentimento de perda que, provavelmente, irá se refletir na sua identidade feminina. A efetivação da retirada da mama concorre para que a imagem corporal da mulher altere-se, de forma radical, e, por vezes, não há preparação adequada para esse momento e também para a adaptação dessa outra imagem do corpo.

Muitos são os sentimentos, convergentes ou divergentes, na maneira de pensar da mulher mastectomizada. Nesse aspecto, as simbolizações da mama, associadas ao impacto do diagnóstico do câncer, culminam com a percepção da sua autoimagem. Por isso, a mulher mastectomizada deve ser entendida por profissionais de saúde, familiares, grupos de apoio, no intuito de ajudá-la no seu reajuste social e manutenção da sua autoestima.

Marinho et al. (2013), assinalam que na maioria das famílias, a situação da mastectomia mostra-se de duas maneiras: por um lado, maior união e, conseqüentemente, melhor enfrentamento da situação; já por outro, a existência de desagregação familiar, afastamento dos amigos, do parceiro, ou da própria mulher, pois não existem entendimento e compreensão do problema. Dessa forma, o diálogo entre as pessoas é essencial para a mulher, contribuindo no tratamento e na percepção sobre a sua vivência.

Por isso, conforme Fonseca et al. (2014), o distúrbio na imagem corporal associa-se a menor satisfação com a vida, sendo esse distúrbio superior em mulheres mastectomizadas. Pacientes tumorectomizadas não apresentam a satisfação com a vida

mais do que as estão mais satisfeitas com a vida do que as mastectomizadas. Dessa forma, ambas precisam de igual atenção na promoção de variáveis positivas. Cordero et al. (2014) observam que a imagem corporal também está associada, de forma bem presente, ao desenvolvimento da depressão. Mesmo não sendo mastectomizadas, as pacientes podem apresentar imagem corporal negativa, pois, segundo Tavares e Trad (2011), o sofrimento psíquico, gerado pela mastectomia, revela-se intenso na percepção da autoimagem.

Nesse sentido, Khang et al. (2013) referem que a Escala Imagem Corporal (BIS), desenvolvida com a colaboração com a Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) Grupo de Qualidade de Vida para medir a preocupação com a imagem corporal em pacientes com câncer de mama, apresenta boa confiabilidade e validade na sua avaliação.

As complicações após a cirurgia de câncer de mama, podem causar impacto negativo na QV e a fisioterapia é importante para prevenir ou tratar tais disfunções (Rett et al, 2013). Também Beurkers et al. (2007) salienta que a fisioterapia desempenha significativa função na reabilitação dessas mulheres, visto que intervém, de forma positiva, na recuperação funcional e na prevenção dessas complicações.

A fisioterapia desempenha um papel imprescindível no pré e pós-operatório das pacientes intervencionadas tanto na recuperação das suas funções, quanto no restabelecimento da sua autoimagem corporal, autoestima, prevenindo e minimizando os efeitos adversos da reconstrução mamária. O fisioterapeuta objetiva prevenir complicações, formação de linfedema, cicatrizes inestéticas, aderências e fibrose, buscando uma melhor qualidade de vida (Magno, 2009).

1.4 A mama e o câncer

Como apensos da pele, as mamas formam-se a partir de glândulas cutâneas que se alteram para a produção de leite. Para Dangelo e Fattini, a mama mostra-se como

uma proeminência bilateral da parede anterior do tórax, formada por uma porção glandular, por tecido conectivo e por variável, mas, e geral, abundante tecido adiposo. Em lactentes, nas crianças e nos homens, as mamas são rudimentares. Podem, entretanto, no homem, estar anormalmente desenvolvidas, uma condição patológica que se denomina ginecomastia, causada por fatores hormonais ou medicamentosos. No sexo feminino desenvolvem-se na puberdade e atingem o máximo desenvolvimento no fim da gestação e no período do parto. (2011, p. 197).

As mamas em sua composição, de acordo com Ramsay et al. (2005), encontram-se dispostas no embrião na região anterior do tórax, entre a segunda e a sexta costela, na chamada "linha do leite", que se estende da axila à região inguinal, essas glândulas mamárias apresentam de 15 a 20 unidades funcionais, denominadas de lobos mamários e que possuem 20 ductos terminais exteriorizados pelo mamilo. Mostrando forma cônica ou pendular, as mamas variam conforme as características biológicas corporais e idade da pessoa, sendo que, além do tecido glandular, constituem-se por gordura, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, vasos linfáticos e fibras nervosas.

Essa constituição que insere a mama, para Camargo e Max (2000), trata-se de um anexo da pele fixado no interior da fáscia superficial da parede anterior do tórax, como órgão par, com peso e formato variáveis, incluindo fatores como constituição física, idade, paridade, lactação, entre outros. A sua abrangência e histologia, assim de acordo com Santos (2010), torna-se importante, pois o estabelecimento de critérios específicos podem definir achados benignos ou malignos.

Segundo Dangelo e Fattini (2011) a mama mostra o seu maior aumento no período final da gestação, havendo a possibilidade de seu volume ser triplicado. Contudo, não existe ligação entre o tamanho da mama e o volume de leite produzido, pois, esse tamanho pode ocorrer à quantidade de gordura e não a de tecido secretante.

Conforme postula Tortora e Grabowski (2016), tanto as glândulas mamárias masculinas e femininas são subdesenvolvidas e surgem no nascimento. Com a chegada da puberdade e a partir dos hormônios estrógeno e progesterona, as mamas femininas se

desenvolvem. Também o sistema de ductos amadurece, sendo a gordura depositada, aumentando o tamanho das mamas. A aréola e a papila mamária crescem e tornam-se mais pigmentados.

Na acepção de Granja (2004), a mama pode ser considerada como um símbolo de vida, inserindo relevância na sensualidade e na sexualidade feminina, que se traduz em feminilidade, estética e afeto.

Como um órgão par, a mama humana, em seu conjunto, encontra-se em posição ventral aos músculos peitoral, serrátil anterior e oblíquo externo. No sexo feminino, a mama localiza-se desde a segunda até a sexta costela e do osso esterno, até a linha axilar média, sendo bem desenvolvida na mulher adulta. Formada por 15 a 20 lobos, a mama feminina é sustentada por fibras de tecido conjuntivo e cobertos por uma quantidade significativa de tecido adiposo, o que define a sua forma (Hall e Knaus, 2005; Burnstein et al. *cit. in* Costa, 2010).

Esses lobos, segundo Greene et al. (2002), apresentam uma massa cônica, com o mamilo situado no vértice. Cada lobo forma-se a partir de um conjunto de lóbulos, mostrando como único canal galactóforo que finaliza na superfície do mamilo. A pouca profundidade da superfície da aréola e o canal galactóforo contribuem para que se acumule o leite e a conseqüente lactação. O canal que vem após o seio galactóforo, e divide-se em canais pequenos, drenando um lobo.

Lester (2005), discorre que dentro do lóbulo os canais ao se ramificarem, apresentam-se ainda menores e acabam em um ácino, que é um conjunto de dilatações que se parecem com a forma da uva, local onde se mostram as glândulas que secretam o leite. Todavia, nos ductos e lóbulos observam-se duas camadas distintas de células, sendo que a restante glândula mamária constitui-se por tipos de estromas, que são: o estroma interlobular, local do tecido conjuntivo denso e tecido adiposo; e o estroma intralobular, instituído por tecido mamário específico hormonodependente, delicado e mixomatoso.

Referem Burnstein et al. (2008), que a mama quando não insere patologia, envolve tecidos variados que são distribuídos pelas múltiplas estruturas anatômicas, que envolvem a pele, tecido subcutâneo e tecido mamário, sendo este formado de 10 a 15 % de tecido epitelial e o restante, por estroma. Já o aporte sanguíneo, à mama determina-se pela artéria mamária interna e pelas artérias laterais torácicas.

Para Ribas e Melo (2006), a mama compõe-se em 80% de tecido adiposo e conjuntivo e 20% de tecido glandular, sendo que o mamário mostra aproximadamente 12 centímetros de diâmetro e indica uma projeção lateral, com expansão exterior à axila. Seguindo nessa descrição, Camargo e Max (2000), também apontam que metade superior da mama e, em especial, o quadrante super-externo, inclui uma maior quantidade de tecido glandular do que o resto da mama. Nessa composição, a superfície profunda ou posterior da mama repousa sobre a fáscia profunda do tórax que encobre o grande peitoral, serrátil maior, os músculos oblíquos abdominais externos e a parte superior da bainha do reto do abdome.

A mama apresenta sua inervação, como infere Ferrari et al. (2007), por meio dos ramos da porção anterior dos nervos intercostais, ramos do plexo cervical e do nervo intercostobraquial, com origem do quarto, quinto e sexto nervos intercostais na região superior da mama. Parte da pele, na metade superior da mama, inerva-se pelos terceiro e quarto ramos do plexo cervical, especificamente dos ramos anterior e medial do nervo supraclavicular. Já o ramo lateral do segundo nervo intercostal, que é o intercostobraquial revela ser de uma importância essencial para a anatomia cirúrgica, uma vez que passa por meio da fáscia do assoalho a axila, podendo chegar o nervo cutâneo medial do braço.

Quanto à vascularização, Biázus (2001), expõe que o órgão mamário apresenta bastante irrigação pelas artérias que advêm dos ramos perfurantes intercostais. Esses ramos perpassam o segundo ao quarto espaço intercostal, vascularizam o músculo grande peitoral e a parte medial da glândula. Acolhem, ainda, vários ramos da artéria axilar, em especial, dos ramos torácico lateral e toracoacromial, e ramos cutâneos anteriores e

laterais das artérias intercostais, do terceiro ao quinto espaço intercostal, irrigando a porção superior da mama.

Afirmam Camargo e Marx (2000), que as artérias intercostais, ramos da aorta e da subclávia também perpassam o grande peitoral com a finalidade de irrigar a face profunda da mama. Logo, no decorrer de processo cirúrgico, a secção de tais artérias e ramos pode ocasionar grande hemorragia. A artéria torácica externa, oriunda da região da axila, irriga a metade externa da mama, incluindo os linfonodos da axila, músculo serrátil maior, peitorais e subescapular.

Camargo e Marx (2000) também referem que o retorno venoso identifica-se em três grupos de veias profundas, que são os ramos perfurantes que atingem a veia mamária interna; os que chegam diretamente à veia axilar e aqueles que alcançam as veias intercostais tributárias da veia áziga e do sistema das veias vertebrais. Quase sempre, o retorno venoso segue a arquitetura do sistema arterial. Torna-se importante o conhecimento de tal sistema, já que se mostra envolvido com o processo de transporte de células neoplásicas e, em decorrência com a formação de metástase, em especial, as veias intercostais que podem transportar células neoplásicas para pulmões, ossos, cérebro, fígados, entre outros.

No que se refere ao sistema linfático, Guirro e Guirro (2006), relatam sobre um sistema vascular que insere um conjunto de capilares linfáticos, troncos linfáticos, vasos coletores e órgãos linfoides, para retirar o líquido tissular, filtrá-lo e reconduzi-lo à circulação sanguínea. As funções do sistema linfático incluem: ativação da resposta inflamatória, com a finalidade de controlar as infecções e defender os agentes invasores; retorno do excesso do líquido intersticial e das proteínas à corrente sanguínea; e absorção de lipídios.

Em seguimento, Camargo e Marx (2000) ensinam que o sistema linfático trata-se de um meio secundário de acesso, por onde líquidos, proteínas e células pequenas são devolvidos ao sistema venoso. Mostra essencial função de absorção e transporte do líquido em excesso, de grandes moléculas de proteínas e pequenas células, devido alto

grau de permeabilidade da membrana dos capilares linfáticos, com o importante papel de manutenção da homeostase do corpo. A extensa rede linfática, que tem seu início pelos capilares, segue por meio dos pré-coletores e coletores até atingir os dois principais coletores, que são o canal linfático direito e ducto torácico, que desembocam na junção das veias subclávia e jugular interna, onde se apresentam nódulos linfáticos. Tais nódulos funcionam em defesa do organismo e formam a memória imunológica.

Em relação à drenagem linfática, estudos de Crane (2000), expõem que a mama apresenta três tipos: principal ou axilar, passando pelas metades superior e inferior da mama para a cadeia lateral de gânglios linfáticos, localizada entre o segundo e o terceiro espaço intercostal, cuja função é drenar cerca de 60% da linfa da mama; transpeitoral, perpassando o músculo peitoral maior para os gânglios linfáticos supraclaviculares; mamária interna, seguindo da linha média pelo músculo peitoral maior, com frequência próximo do esterno, para os gânglios linfáticos da cadeia mamária interna.

Percebemos que a mama, na sua função e segundo ilustra Moore, Dalley e Agur (2011), traça uma íntima relação com a parede torácica e com a cintura escapular. Os músculos e os elementos ósseos das cinturas escapulares e membros superiores fazem uma cobertura sobre grande parte da parede torácica anterior lateral e posterior. Dessa forma, abordagens efetuadas na mama, podem repercutir funcionalmente sobre a cintura escapular e membro superior homolateral. A parede torácica compõe-se por 12 vértebras torácicas, 12 costelas com suas cartilagens costais e o esterno, sendo que os espaços entre as costelas são enxertados pelos músculos intercostais externos e internos. Também, a clavícula articula-se com o esterno e a primeira costela, de forma medial, tendo o acrômio, na forma lateral, incluindo local de inserção dos músculos subclávio e grande peitoral. A escápula vem a seguir, sendo um ponto importante de sustentação dos músculos subescapular na face anterior. Já na borda medial, insere-se o músculo serrátil maior e, na apófise coracobraquial, inclui-se a porção curta do bíceps e o peitoral menor. A escápula é articulada com o úmero pela cavidade glenoide, sendo-lhe inseridos vários músculos, como subescapular, bíceps, redondo maior, grande peitoral, grande do dorsal, supraespinhoso, infraespinhoso e redondo menor.

Para Guirro e Guirro (2006), outros músculos, que se localizam na região da mama, são os intercostais, que se encontram dispostos aos pares, internos e externos, entre as costelas, tendo função respiratória. O músculo oblíquo externo do abdômen, reto anterior do abdômen e o grande dorsal, têm significado essencial nas cirurgias de reconstrução mamária.

Já a cavidade axilar, conforme exposição de Camargo e Marx (2000), serve para unir a região cervical, torácica e membro superior, demonstrando função relevante sobre os movimentos da articulação do ombro. Outro papel da cavidade axilar, é inserir a proteção do feixe vasculonervoso axilar, o qual se limita, anteriormente, pela parede músculoaponeurótica anterior, que, na sua forma superficial, tem contato com o músculo peitoral maior, e, na profunda, com os músculos subclávio e peitoral menor, estruturando entre essas camadas um espaço de deslizamento que incluem vasos e nervos. Outro limite é feito pelo gradil costal internamente, onde se fixa o músculo serrátil e sua aponeurose; e, por fim, limita-se externamente pelo músculo subescapular, grande dorsal e redondo maior.

Camargo e Max (2000) vem postular ainda que, na base da cavidade axilar mostra-se o ligamento suspensório da axila, que se estrutura pela aponeurose axilar, envolvendo o feixe vasculonervoso, os coletores linfáticos e nódulos, que se somam à lâmina celuloadiposa. Essa lâmina celuloadiposa, também denominada como bolsa serosa, trata-se da unidade funcional da articulação do ombro, visto que conduz ao deslizamento interescapulotorácico. Revela-se, assim, em uma simples bolsa gordurosa que indica que todos os suportes da axila possam deslizar e permitir os movimentos do ombro.

O câncer, segundo expõem Collins, Cotran e Kumar (2000), descreve-se a partir do termo neoplasia, que, na literatura, apresenta o significado de crescimento novo, sendo sinônimo de tumor. As neoplasias ou tumores incluem seu estudo em uma área médica específica, chamada de oncologia, que diz respeito a todos os tumores malignos.

Para Quinto e Mejia (2013), como uma patologia complexa e heterogênea, o câncer de mama forma-se a partir de um tumor maligno, consistindo em uma multiplicação desenfreada e desordenada de células anormais, podendo ser percebido por meio de inúmeras formas clínicas e morfológicas, indicando diversos graus de agressividade tumoral, além de ser um potente elemento para desenvolver metástase.

Para tanto, Guirro e Guirro (2006), referem-se o câncer como uma doença crônica degenerativa, na qual mostram uma evolução prolongada, progressiva e em alguns casos pode ser interrompida. Já a possibilidade de multiplicação de células neoplásicas do tumor primário para órgãos distantes e o desenvolvimento das metástases, levam às pacientes a um temor, que é devastador. Ao incluir debilidades e mutilações devido ao seu poder de propagação, o câncer pode decorrer em danos significativos quanto aos aspectos físicos, psicológicos e estéticos.

Especificamente, o câncer de mama corresponde a 22% dos casos novos a cada ano no Brasil, sendo o segundo tipo mais frequente no mundo entre as mulheres, tanto em países em desenvolvimento, quanto em países subdesenvolvidos (Sociedade Brasileira de Mastologia, 2015). Sendo o mais comum entre as mulheres, apresenta 12,1 mortes para cada 100 mil habitantes (Portal Saúde, 2015), indicando estimativa de 57.120 para novos casos (Brasil, 2011).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), consideram que os sinais do câncer de mama palpável mostram-se nos nódulos ou tumor no seio, sendo assintomático ou não. Em geral, sendo descoberta pela mulher no auto exame das mamas ou pelo exame do profissional da saúde, o nódulo, por vezes, pode se manifestar na axila. Também podem aparecer modificações cutâneas na mama, que se caracterizam por abaulamentos, retrações, e ainda, esclerodermia à palpação (Brasil, 2009).

A fisiopatogênese tumoral apresenta diversas modificações moleculares que se mostram geneticamente e/ou externamente induzidas. Isso provoca uma proliferação celular de forma desordenada e exacerbada, inserindo fatores de risco como o sexo, a idade, menarca precoce, gestação, estado hormonal, estilo de vida, irradiação e doenças

mamárias proliferativas, que podem justificar aproximadamente e metade dos casos. Estimados 10% dos casos, associam-se à história familiar positiva, somada à predisposição genética como as modificações dos genes BRCA 1/2, p53, bcl-2, que se envolvem com o principal alvo da alteração genética (Carvalho, 2010; Costanza e Chen, 2010).

Para Seniski (2008) e também de acordo com Instituto do Câncer (2010), a gênese da transformação neoplásica encontra-se ligada à instabilidade genômica, que decorre em mutações pontuais, deleções, ampliações e rearranjos cromossômicos que se mostram pela ativação de oncogenes e perda da atividade de genes supressores.

Nesse aspecto, na oncogênese, conforme ensina Ramos (1984), a modulação da coexistência morfológica e funcional modifica-se, assim como ocorre nas infecções, inflamações e degenerações. No entanto, indica um caráter reprodutivo alterado permanente, manifestando uma ação antibiológica, uma vez que o código genético da célula normal altera-se, sendo, logo, sendo considerada uma célula neoplásica. O processo de oncogênese, assim, decorre da mutação das células normais, incluindo componentes celulares como lisossomos, RNAm e DNA, sustentada por fatores etiológicos, físicos, químicos e biológicos.

Segundo referem Lisboa (2009) e Seniski (2008), a carcinogênese mamária envolve um processo complexo, sendo ainda desconhecido e que se caracteriza pelas fases de iniciação, promoção e progressão. No que se refere à iniciação, os eventos genéticos que se inserem na carcinogênese mamária são a ativação de protooncogenes e a perda de bloqueio de genes supressores de tumor. Esses protooncogenes, segundo Carvalho (2010) e Seniski (2008) tratam-se de genes envolvidos na codificação de proteínas reguladoras da multiplicação celular normal, chegando a se transformar em oncogenes por diversos processos genéticos. Quando ativados, demandam em um apanhado protéico estimulador do crescimento e da proliferação anormal das células.

Nesse ínterim, Constanza e Chen (2010), afirmam que entre os protooncogenes encontra-se o HER-2/NEU, sendo responsável pelo fator de crescimento epidérmico. No entanto,

quando se mostra super-expresso, está associado ao aumento do risco para tumoração, o que conduz às recidivas e metástases. A mutação em um único oncogene tem mostrado incapacidade para produzir a transformação maligna, uma vez que células normais precisam da interferência de mais de um oncogene ativado para chegar a essa transformação.

Em seguimento, para Seniski (2008), a fase de promoção, na carcinogênese, que começa após o evento genético iniciador, insere os hormônios esteroides, as reações inflamatórias e os fatores de crescimento, estímulos específicos necessários para que se manifeste o desenvolvimento do tumor. Já a fase de progressão, mostra a capacidade de invasão e das metástases das células neoplásicas para outros órgãos e/ou tecidos.

Diante do exposto e como o mais prevalente entre as mulheres, o câncer de mama indica de forma aproximada, 25% dos novos cânceres que surgem ao redor do mundo, computando um sexto do total de mortes que se referem a esta enfermidade (Jemal et al., 2011). Dados do IARC (2010) mostram uma significativa variação nas taxas de incidência de câncer de mama, sendo menores em países menos desenvolvidos e maiores nos mais desenvolvidos. Todavia, países que compõem baixa e média renda apresentam uma alta taxa de mortalidade.

Indicadores da Globocan (2012) já estimavam para o Brasil, no ano de 2012, a soma de 244.772 casos de câncer de mama. Por sua vez, o INCA (2014) incluía dados para 2014 de uma incidência de 57.120 novos casos de câncer da mama, com risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres.

Estimativas revelam que o câncer de mama registrou um cômputo de 20,8% dos casos novos diagnosticados em 2014, sendo o câncer de maior incidência nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Na região Norte, revela-se como o segundo tumor mais prevalente (21,29/ 100 mil). No entanto, de acordo com últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), a mortalidade quanto a essa enfermidade foi de 13.225 mulheres, o que indica 15,8%, em 2011.

Registros do INCA (2010), consideram que 90 a 95% dos casos de câncer de mama são esporádicos, ou seja, não familiares, decorrendo de mutações somáticas que acontecem durante a vida. A idade é um dos principais fatores de risco que se inserem nesses dados. As incidências aumentam de forma rápida até os 50 anos, sendo que, após esse crescimento, acontece mais lentamente. Para Salehi et al. (2008), concorrem também fatores que tangem à vida reprodutiva da mulher, que incluem menarca precoce, nuliparidade, idade de gestação acima de 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal, além de histórico familiar de câncer de mama, densidade alta do tecido mamário, obesidade, nível de atividade física, consumo de álcool e tabaco, urbanização e elevação da situação socioeconômica.

O INCA (2004), postula que no Brasil, é sugerida a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 a 69 anos, sendo anual o exame clínico das mamas, a partir dos 40 anos, para a detectar de forma precoce, esse tipo de enfermidade àquelas com risco padrão. Para mulheres que pertencem a grupos populacionais, que apresentam risco elevado, com histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, é indicado o exame clínico da mama e a mamografia a cada ano, a partir de 35 anos.

Estudos do INCA (2014), revelam que, sendo diagnosticado em estágio inicial, o prognóstico do câncer de mama, pode indicar índice de sobrevida em cinco anos de aproximadamente 80%. Contudo, a mortalidade por câncer da mama apresenta-se ainda, bastante elevada no Brasil. Isso se deve a diagnósticos em estágios avançados. Howlader et al. (2014), vislumbra dados do *National Cancer Institute* (NIH), que indicam para o período de 2004 a 2010, 5% das mulheres diagnosticadas já no estágio avançado, e entre 20% a 50%, em estágios iniciais, podem desenvolver metástase a distância, com fator que depende das características anatômicas, patológicas e moleculares da doença. Em seguimento, Wolff et al. (2013), pontuam que apenas 25% das mulheres com metástase a distância apresentam sobrevida em cinco anos ou mais, indicando média aproximada de 18 e 24 meses.

Dados revelam que 80% dos diagnósticos dos casos de cancro de mama devem sua descoberta à própria doente. Quase sempre a mulher observa uma massa palpável,

apresentando consistência diversa do restante do tecido mamário ou um nódulo fixado na região axilar ou clavicular (Society, 2009). Segundo revela Lester (2005), as massas palpáveis, ao serem percebidas em mulheres com idades inferiores a 40 anos, em um percentual de 10% e 60% em idades superiores a 50 anos, têm-se mostrado malignas.

Já no que se refere ao seu primeiro sinal clínico, a neoplasia mamária, após uma detecção mamográfica, expõe a manifestação precoce da enfermidade (Society, 2009). Segundo afirma Montgomery (2000), a dor inclui-se como um sintoma mamário frequente e pode ocorrer de forma cíclica, como causa da presença de cistos ou de variações hormonais, no período menstrual, sem qualquer significado patológico, ou também de forma não cíclica, estando centrada a um local da mama. Revelam Barton et al. (1999) que esse tipo de dor, em índice aproximado de 10%, associa-se à manifestação de neoplasia mamária. Isso revela que a dor mamária não cíclica é um sinal relevante no processo de diagnóstico do câncer da mama.

Ademais, segundo afirmam Jeske et al. (2000), ainda que representações oriundas de mamografias do câncer de mama sejam muitas, imagens que registram massas irregulares indefinidas e espiculadas, calcificações pleomórficas, densidade modificada e arquitetura da glândula mamária sempre se mostram. No entanto, Barton et al. (1999), explanam que alterações no tamanho ou formato, depressões na superfície da mama, inversão do mamilo, descargas mamilares serosas ou sanguinolentas de formas espontâneas, em suas manifestações clínicas, podem ser consideradas em um diagnóstico de neoplasia mamária.

Jeske et al. (2000), referem também sobre o câncer de mama inflamatório, quando células malignas entram nos vasos linfáticos de pequena dimensão, provocando na pele da mama uma manifestação que se assemelha a uma inflamação. Essa manifestação inclui dor, edema, rubor e calor em toda a mama, expondo uma textura típica da pele parecida com casca de laranja.

Outra forma de manifestação do câncer de mama, segundo Caliskan et al. (2008), é a denominada doença de Paget. Nessa forma, considerada rara, sinaliza-se a presença de

ulceração do mamilo, que expõe modificações cutâneas, formando um eczema, que denota vermelhidão e leve descamação da pele. Chen et al. (2006), revelam que quase metade das mulheres diagnosticadas com a enfermidade de Paget mostram um nódulo mamário.

Quando em metástase, o câncer mamário, de acordo com a exposição de Burnstein et al. (2008), dissemina-se por meio da migração de células malignas para outros órgãos que não são os originais. Dessa forma, o câncer metastático provoca sintomas que dependem da localização das metástases, o que inclui dores ósseas ou articulares, além de tosse seca e irritativa, icterícia ou alterações neurológicas que podem mostrar manifestações de metastização óssea, pulmonar, hepática, ou cerebral de um câncer mamário.

Lester (2005), considera que a efetiva perda de peso pode indicar uma neoplasia oculta da mama. Entretanto, esses sinais e sintomas não se devem somente ao câncer de mama, podendo caracterizar outras patologias benignas desse órgão. Nesse sentido, é importante verificar os sinais e sintomas, efetuando exames auxiliares que levem a um diferente diagnóstico.

Costa (2010), refere que, dessa maneira, a avaliação das características do tumor, tendo por base a realização de um exame físico, imagiológico e anatomopatológico, determina o estadiamento da doença ao diagnóstico e constitui uma fase crucial na determinação do prognóstico, assim como na instituição de um plano terapêutico mais adequado.

Várias são as formas de tratamento terapêutico do câncer de mama que se apresentam. Para Magno (2009), nas modalidades terapêuticas, incluem-se: a radioterápica, cirúrgica, hormonioterapia e quimioterapia.

Nesse sentido, Berry (2009), refere sobre a observância da idade da paciente na seleção terapêutica adequada, incluindo as características anatômicas e patológicas do tumor. De acordo com Carson et al. (2009), o câncer mamário insere seu diagnóstico em diversas fases da doença; logo, o seu tratamento inclui abordagens locais, regionais ou

sistêmicas, ou seja, se, na avaliação clínica e anatomopatológica, for constatada alastramento da doença à distância.

Berry et al. (2005) acrescentam que, apesar do aumento da sobrevivência das enfermas com câncer mamário devido ao diagnóstico cada vez mais precoce da doença, os tratamentos, na sua evolução, em estágios também precoces, têm trazido contribuição bastante significativa.

Goldhirsch et al. (2009), assinalam que a terapêutica do câncer de mama pode ser realizada com tratamento locorregional, o que inclui cirurgia e/ou radioterapia e tratamento adjuvante sistêmico, inserindo a quimioterapia, os anticorpos monoclonais, os inibidores de tirosinoquinase e por meio de hormônios. Em geral, as propostas de tratamento unem fatores que dependem do estágio da doença e grau do tumor, idade, condição geral da saúde da paciente, presença de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2, *status* pré ou pós-menopáusicos, assim como a presença de receptores de estrogênio ou receptores de progesterona no tumor e expressão do receptor HER-2.

Relata Higa (2009), que por um bom período, o tratamento do câncer de mama ocorria somente por meio da mastectomia radical, ou seja, pela remoção cirúrgica total da mama, portadora de doença e também à dissecação da cadeia de glândulas. Hoje, incluem-se: o tratamento da doença localizada, recomendado para a utilização da cirurgia conservadora, ou seja, retirar o tumor com margens de segurança, junto à radioterapia e ao tratamento sistêmico adjuvante como tratamentos standard. A associação da radioterapia e da quimioterapia condizem com uma menor recorrência local, morbidade e mortalidade, associadas a um melhor prognóstico. Nessa conclusão, Berry (2009) afirma que o uso da terapêutica sistêmica no tratamento de doentes com câncer de mama localizado diminuiu em aproximadamente 30 a 40% o risco de recorrência da enfermidade.

Quando a doença se mostra localmente avançada, conforme expõe Higa (2009), o que irá estabelecer a sequência e o tipo de tratamentos é a constatação de ser operável ou inoperável. Em sendo considerada operável, o planejamento terapêutico assemelha-se

ao indicado para as pacientes portadoras de doença localizada, ou seja, a cirurgia, que pode ser conservadora ou radical, havendo a dissecação dos gânglios linfáticos positivos, com seguimento de terapêutica sistêmica e radioterapia adjuvantes.

Também Silva (2002), cita como cirurgias a tumorectomia e quadrantectomia, como as mais conservadoras, e as mastectomias, que são mais radicais. A escolha pela técnica depende de vários fatores como: tipo de tumor, tamanho e localização, tamanho da mama, idade e escolha da mulher, preferência do cirurgião. Para Magno (2009), essa enfermidade deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar, para permitir um tratamento global ao paciente.

Santos e Vieira (2011), referem que na maioria dos casos, a cirurgia mamária é o principal tratamento, com procedimentos cirúrgicos recomendados. Ademais, pacientes que se submetem à mastectomia podem optar pela imediata reconstrução da mama ou por algum tempo depois. As mulheres que são submetidas à cirurgia conservadora, também podem fazer a reconstrução da mama, com a finalidade de corrigir alguma deformidade do seio, no procedimento de extração de grande parte da mama.

Entre as várias técnicas de reconstrução mamária, inclui-se a prótese de silicone, em que é possível preservar pele e complexo areolopapilar, sendo a mais utilizada em pacientes que não mostram ptose mamária. Já a reconstrução por meio do tecido autólogo retira de uma região do corpo da própria paciente retalho do grande dorsal, para transpô-lo pela axila para o local da mastectomia. Em não sendo suficiente o tecido do grande dorsal para obter um volume adequado, é utilizada uma prótese de silicone na área. Há também a técnica com rotação de retalho músculo cutâneo transverso do reto abdominal (TRAM) que implica a paciente não ser muito magra, visto que é essencial tecido gorduroso abdominal sobressalente para processar volume para nova mama (Sociedade Brasileira de Mastologia, 2015).

Nesse liame, Nascimento et al. (2012), registra que a reconstrução mamária pode resultar em algumas complicações mais específicas, tais como, seroma, necrose de pele, infecção, aderência, deiscência cicatricial, limitação da amplitude do ombro, dor e

desconforto, alteração sensorial, fraqueza muscular, linfedema, contratura capsular, hérnia abdominal, cordão axilar e lesão dos nervos.

1.5 O papel da fisioterapia

Quinto e Mejia (2013), referem que, após a paciente ser mastectomizada, a intervenção fisioterapêutica tem a sua importância na prevenção e tratamento de alterações na circulação linfática, nas capacidades motoras globais, respiratórias e circulatórias. Dessa forma, desenvolve atividades que possam conduzir a uma autonomia mais próxima do normal da extremidade superior comprometida, por meio de procedimentos básicos como a drenagem linfática, enfaixamento compressivo, contenção elástica ou malhas compressivas e cinesioterapia. Assim, a fisioterapia contribui de forma significativa, na prevenção e redução do linfedema e complicações pós-cirúrgicas.

Registram Bergmann et al. (2006), que a intervenção fisioterápica revela-se bastante significativa para a prevenção, minimização e tratamento das consequências do tratamento do câncer da mama. A rotina de atendimento fisioterapêutico para pacientes que realizam tratamento para câncer da mama, procura a prevenção de complicações através de condutas e orientações domiciliares, e o diagnóstico e intervenção precoce. Nesse aspecto, tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e a redução dos custos pessoais e hospitalares. Ademais, possibilita a formação de um banco de dados, cujas informações incluem fatores de risco e incidência de complicações, avaliação de condutas empregadas e o planejamento do serviço.

O tratamento fisioterapêutico, após a detecção do diagnóstico do câncer de mama, tem se revelado de suma importância. Nesse sentido, Jacques e Bastos (*cit. in* Magno, 2009) relatam o tratamento do câncer de mama tem demonstrado significativa mudança no decorrer dos 20 anos, com a prática de cirurgias menos radicais, tendo a quimioterapia e a radioterapia uma relação equilibrada e mais específica no que diz respeito à dosagem, efeitos secundários e eficiência do tratamento. Nessa marca evolutiva, firmou-se como essencial a percepção multidisciplinar do procedimento, inserindo a fisioterapia em pacientes e ex-pacientes com câncer, com a finalidade de melhorar ou manter a

condição física do paciente, estando ou não em tratamento quimioterápico ou radioterápico.

De acordo com Magno (2009), a fisioterapia intervém no câncer mamário quando busca minimizar as sequelas nos problemas físicos, somados à prevenção de outras complicações que cada paciente pode desenvolver no período de tratamento e que conduz à diminuição na qualidade de vida das mulheres enfermas.

Bergmann et al. (2006), consideram que o programa de fisioterapia deve ser introduzido em todas as fases do câncer da mama, o que inclui pré-tratamento, diagnóstico e avaliação; no decorrer do tratamento, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormônioterapia; e, ainda, depois na fase de seguimento; e, por fim, na possibilidade de recorrência da enfermidade e cuidados paliativos. Nesses momentos, torna-se essencial conhecer e identificar as necessidades do paciente, os sintomas e suas causas, e o seu impacto na vida cotidiana do paciente.

O tratamento com radioterapia, quimioterapia ou hormônioterapia, conforme expõem Bergmann et al. (2006), mostram-se superiores às decorrências cirúrgicas, uma vez que concorrem para aumentar os riscos de complicações. Caso a fisioterapia se mostre adjuvante desde o início da enfermidade, a prevenção dessas complicações podem ser amenizadas, contribuindo assim, para que a paciente possa retornar às suas atividades diárias com melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2004) adverte sobre a atuação importante do fisioterapeuta na fase inicial, que é o pré-operatório, com a finalidade de ter conhecimento sobre as alterações preexistentes, bem como identificando os possíveis fatores de risco que envolvem as complicações pós-operatórias. Por isso, torna-se essencial a instituição do tratamento fisioterapêutico nesse início de etapa, no intuito de minimizar e prevenir as possíveis sequelas oriundas da enfermidade do câncer mamário.

O Ministério da Saúde (2004), acrescenta que as cirurgias radicais bem como radicais modificadas são as formas mais utilizadas para o tratamento do câncer mamário. Nesse

aspecto, a paciente que se submete a esse tipo de cirurgias expõe-se a uma série de complicações físicas e imediatas e mesmo tardias, pelo efeito da retirada dos músculos e cadeias de gânglios. As complicações oriundas são, especialmente, a hemorragia do movimento e o linfedema do segmento homolateral à cirurgia, sendo essa a seqüela mais importante para as medidas do tratamento do câncer de mama. Quando manifestado o linfedema, o seu tratamento reside na melhora da absorção e do transporte de líquidos intersticiais, com origem na área em congestão, para outras áreas onde os linfáticos mostram condições mais satisfatórias.

A análise da fisioterapia no pré-operatório do câncer de mama é muito importante. Segundo ensina Ornelas (*cit. in* Magno 2009), essa conduta é necessária para que haja acompanhamento das decorrências oriundas da cirurgia, bem como para que seja realizado o prognóstico de recuperação e esclarecimento da paciente sobre a necessidade dos procedimentos fisioterapêuticos no momento pós-operatório. Por essa linha, torna-se essencial que o fisioterapeuta seja esclarecido sobre os aspectos que são relevantes sobre a paciente em tratamento, com o intuito de unir dados que mostrem sinais vitais, auscultação pulmonar, avaliação das amplitudes de movimentos (ADMs) globais e força muscular, postura, presença de deformidades e, ainda, o estado emocional da paciente, que pode influenciar na evolução do tratamento após a cirurgia no que se refere à melhora do quadro e efetivação do procedimentos.

Já no pós-operatório, a atuação do fisioterapeuta assume nova importância nessa etapa da paciente que sofre o procedimento cirúrgico. Jacques e Bastos (*cit. in* Magno 2009) expõem que a reabilitação da mulher mastectomizada, precisa de uma assistência multiprofissional para que haja um ajuste de forma saudável à nova condição de saúde. A atuação da fisioterapia implica recursos dispostos a intervir de forma precoce na recuperação funcional da cintura escapular, do membro superior envolvido, indo até a profilaxia de sequelas como retração, aderência cicatricial e complicações como fibrose e linfedema. A função do fisioterapeuta não se resume apenas na área curativa e reabilitativo, mas em especial, na prevenção de complicações e decorrências do tratamento, com o objetivo de contribuir para uma melhor qualidade de vida a essas pacientes.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2004), a intervenção fisioterapêutica contribui para a recuperação do total movimento funcional do ombro, para que não implique perda da função muscular do membro superior e cintura escapular, e para que possa ocorrer uma neovascularização linfática homolateral à cirurgia.

Além disso, Guirro e Guirro (2006), destacam que tal intervenção pós-cirurgia de mama colabora para diminuição da dor, prevenção de linfedema e de aderências cicatriciais, bem como, para o lado psicológico e social das pacientes, sendo de vital importância para os resultados positivos para a patologia de que foram acometidas.

Para Bergmann et al. (2006), a prática fisioterapêutica precoce apresenta como finalidade à prevenção de complicações, promoção adequada e recuperação funcional, visualizando melhor qualidade de vida às mulheres que sofrem cirurgia para tratamento de câncer mamário. Nesse sentido, os exercícios e a sua contribuição nas complicações pós-operatórias têm sido sempre motivo de estudos e observação.

Vários são os procedimentos que podem ser adotados para o tratamento fisioterapêutico do câncer mamário. Conforme expõe Marin (*cit. in* Magno 2009), citamos a drenagem linfática manual; os exercícios ativos, passivos, alongamentos; exercícios respiratórios para melhor função diafragmática, pulmonar e retirada de secreções; treino de marcha, equilíbrio, sendo para disfunções neurológicas, reeducação postural, por meio do método de cadeias musculares; readaptação domiciliar para tornar mais fácil o deslocamento; e readaptação ocupacional, em situação necessária.

Ademais, Sampaio et al. (*cit. in* Magno 2009), incluem a massoterapia como uma técnica usada na terapia complementar nas pacientes com câncer, por produzir estimulação mecânica dos tecidos, pela aplicação rítmica de pressão e estiramento. Assim, a pressão comprime os tecidos moles e estimula os receptores sensoriais, oferecendo sensação de prazer e bem estar. A prática de estiramento, diminui a tensão nos músculos e provoca o relaxamento muscular uma vez que, registra-se nas pacientes um aumento da tensão muscular em decorrência da manifestação da dor. Dessa forma, a

massoterapia trata-se de uma prática utilizada no intuito de levar ao relaxamento muscular e alívio da dor; à redução do stress, e dos níveis de ansiedade, à diminuição dos efeitos colaterais da medicação, somado à melhora da qualidade do sono e, conseqüentemente, de vida.

Sampaio et al. (*cit. in* Magno 2009), referem também sobre a cinesioterapia que conduz à restauração e melhora do desempenho na função dos segmentos corporais comprometidos. O exercício terapêutico proposto inclui programas, cuja finalidade é de desenvolver a força e o trefismo muscular, a proprioceptividade, o ganho da totalidade do movimento articular e a prevenção à imobilidade no leito. Associados a esses são disponibilizados vários tipos de exercícios físicos como os passivos, ativos, ativos assistidos e ativos resistidos, que são considerados conforme a gravidade da deficiência funcional. Também o estímulo à marcha e o condicionamento dos aparelhos cardiovascular e respiratório incluem-se como instrumentos que concorrem para a melhora da reabilitação das pacientes.

Marucci (*cit. in* Magno 2009), destaca a utilização da crioterapia como tratamento de dor, com eficácia comprovada, baixo custo e de fácil aplicação. Todavia, há algum tempo a sua utilização reduziu-se a torções e contusões. Estudos não corroboram a diminuição de dor oncológica por meio desse processo crioterápico, no entanto, sua aplicação pode ser observada para dores músculo-esqueléticas, com o uso sendo por partes de gelo ou imersão em água gelada 2 a 3 vezes ao dia, no período de 15 a 20 minutos.

Quanto ao tratamento do linfedema, Bergman et al. (2006) referem sobre as técnicas aceitas e descritas na literatura mundial, conhecidas como Complex Physical Therapy (CPT), e, no Brasil, Terapia Física Complexa (TFC) ou Linfoterapia. Essa forma de tratar associa técnicas que contemplam: cuidados com a pele, drenagem linfática manual, contenção na forma de enfaixamento e cinesioterapia específica. Em um primeiro momento, o objetivo reduzir o volume do membro, com a duração de 2 a 6 semanas; e o segundo, é o momento da manutenção e controle do linfedema.

O INCA (2004), traça como uma das formas utilizadas na TFC a orientação da paciente no que tange aos cuidados com a pele, que insere hidratação e limpeza, com produtos com PH neutro e óleos minerais. Outra orientação é a de evitar cortes, queimaduras, picadas de insetos, cutilar unhas, bem como cuidados de como manusear os produtos químicos, quando se trata do segmento afetado.

Outras orientações, segundo destacam Camargo e Marx (2002), incluem o uso de malhas compressivas durante viagens aéreas, luvas de proteção na prática de realização de tarefas domésticas, a não utilização de saunas e banheiras quentes bem como a não carregar objetos pesados e dar atenção a sinal de infecção no braço, que pode ser demonstrado por meio de inchaço, rubor, calor local.

Já o enfaixamento compressivo, conforme explana Madruga (*cit. in* Magno 2009), é outra orientação que, como recurso, mantém e incrementa a melhora da absorção e fluxo linfáticos, oriundos da linfodrenagem prévia. Essa forma de enfaixamento deve ser funcional, para permitir a efetivação de todos os movimentos diários. A pressão exercida encontra-se bem mais na região distal, diminuindo ao se aproximar da raiz do segmento.

Segundo Madruga (*cit. in* Magno 2009), os efeitos prováveis do enfaixamento compressivo, incluem o aumento da pressão tecidual, pressão intersticial, com diminuição da infiltração e também da pressão capilar sanguínea e aumento da pressão venosa e linfática. Torna-se, ainda mais eficaz o bombeamento muscular e articular, uma vez que a pele que se mostra de forma insuficiente na sua elasticidade nos membros com edema não oferece resistência adequada à musculatura em contração sem haver enfaixamento compressivo, provocando aumento do fluxo venoso e linfático.

No que refere aos exercícios específicos, como recurso fisioterapêutico, Bergmann (2004) expõe que, nessa especificidade, as contrações sugeridas são as isodinâmicas, os movimentos ativos repetidos na máxima amplitude possível, em especial, se estiverem associadas ao enfaixamento compressivo, uma vez que permitem, de forma significativa, reabsorver o edema.

Para Camargo e Marx (2002), os exercícios devem ser efetivados na sua amplitude para segmentos superiores, o que inclui a cintura escapular com flexão, extensão, abdução, adução, rotação externa e interna para ambos os ombros; inserindo, ainda, movimentos de flexão, extensão e pronossupinação para o cotovelo e movimentos totais para punhos e mãos.

Exposto o viés teórico e retomando o objetivo dessa investigação, que concerne avaliar a qualidade de vida e a imagem corporal em pacientes com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária e a sua relação com a fisioterapia, passaremos ao segundo capítulo, que por meio do qual apresentaremos os materiais e os métodos.

CAPÍTULO II – MATERIAIS E MÉTODOS

CAPÍTULO II- MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Em observância ao objetivo de avaliar a qualidade de vida e da autopercepção corporal em pacientes com câncer de mama, submetidas à reconstrução mamária, este estudo pautou-se por uma pesquisa transversal realizada prospectivamente.

Na sua abrangência, o objetivo geral divide-se em objetivos específicos que se delimitaram em:

- Avaliar a qualidade de vida das pacientes com câncer de mama após a reconstrução mamária;
- Avaliar a autopercepção das pacientes com câncer de mama, após reconstrução mamária;
- Relacionar a qualidade de vida e autopercepção com a realização, ou não da fisioterapia.

2.2 População e amostra

A população, objeto do estudo, foi constituída por mulheres com câncer de mama, submetidas à cirurgia de reconstrução mamária, numa amostra em que elas retornaram à consulta de *follow-up* nos Ambulatórios de Mastologia e de Reconstrução Mamária, vinculado ao Serviço de Mastologia do Hospital da Cidade de Passo Fundo/RS, no período de setembro de 2015, a março de 2016.

Os critérios de inclusão foram mulheres maiores de 18 anos, com câncer de mama submetidas à cirurgia de reconstrução mamária. Já como exclusão, determinaram-se as

pacientes que se recusaram a participar do estudo; e aquelas que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

2.3 Colheita dos dados

No início das avaliações, foi entregue e explicado às participantes, individualmente, um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I), no qual estavam inseridos de forma clara, os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem efetivados.

As pacientes foram avaliadas no momento em que passaram por consulta nos Ambulatórios de Mastologia e de Reconstrução Mamária, vinculado ao serviço de Mastologia, do Hospital da Cidade, de Passo Fundo/RS, no período de setembro de 2015, a março de 2016.

Após a assinatura do TCLE, foram distribuídos os questionários de caracterização da amostra (CA) (Anexo II) e de avaliação da Qualidade de Vida (QV) WHOQOL-100 (Anexo III) e, a escala de Imagem Corporal (IC), (Anexo IV), para serem lidos e respondidos pelas pacientes.

O questionário CA é um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que foram respondidas por escrito (Markoni e Lakatos, 2005). Neste estudo, organizaram-se sobre os dados pessoais dos pacientes, bem como sobre questões que se relacionam à terapia, procedimentos de fisioterapia antes e depois da reconstrução da mama, incluindo tempo, frequência, duração e satisfação.

O questionário de QV WHOQOL-100 (Fleck, 2000) apresenta-se abreviado na sua versão em português, sendo um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens desenvolvidos por meio de um projeto colaborativo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Fleck, 2000). O WHOQOL tem uso liberado para pesquisa acadêmica (Anexo VI) (Fleck, 2015).

O WHOQOL-100 divide-se em 24 grupos de quatro questões cada uma, com a denominação de “facetas”, as quais em um grupo, constituem um “domínio”. Inversamente à composição das facetas, os seis domínios do WHOQOL-100 não se constituem pelo mesmo número de facetas, apresentando variação de um até oito facetas. As questões que comportam o WHOQOL-100 não se enumeram no questionário, havendo uma sequência lógica por domínio ou por faceta (Pedroso et al., 2009). A distribuição das facetas e domínios do WHOQOL-100 são indicadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Domínios e facetas dos WHOQOL-100

DOMÍNIOS	FACETAS
Domínio I - Domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
Domínio II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos
	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
Domínio III - Nível de Independência	8. Sentimentos negativos
	9. Mobilidade
	10. Atividades da vida cotidiana
	11. Dependência de medicação ou de tratamentos
Domínio IV - Relações sociais	12. Capacidade de trabalho
	13. Relações pessoais
	14. Suporte (Apoio) social
Domínio V- Ambiente	15. Atividade sexual
	16. Segurança física e proteção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	
23. Transporte	
Domínio VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: Grupo WHOQOL (1998).

O WHOQOL-100 apresenta uma faceta que não faz parte de nenhum domínio, que é a “Qualidade de vida global e percepção geral da saúde” (The Whoqol Group, 1998). Esse lado mostra uma autoavaliação da QV, cujo participante da pesquisa avalia a satisfação com a sua vida, saúde e QV (Pedroso et al., 2009).

No que diz respeito ao total dos pontos, as médias dos escores das facetas e domínios convertem-se em uma escala de 0 a 100, mostrando que a melhor qualidade de vida é a que mais se assemelha ao valor máximo. O escore total compõe-se do cálculo da média simples dos escores das 24 facetas (Fleck, 1999).

A escala de Imagem Corporal é um instrumento em que se inserem questões que pretendem saber como o sujeito valoriza o seu corpo e a sua aparência. Essa escala foi adaptada por Palhinhos, Tapadinhas e Ribeiro, em 1999, com base na Body Image Scale de Hopwood (1993). Avaliou assim, a imagem corporal da mulher sob duas formas: o corpo pré-mórbido (valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente). O questionário da Escala de Imagem Corporal teve uso autorizado para pesquisa acadêmica, com suas informações dispostas no endereço ana.tapadinhas@gmail.com (Palhinhos, 2000).

O questionário foi utilizado como uma escala específica de avaliação de imagem corporal em mulheres que, diante de uma situação de doença aguda ou crônica, em que ocorre a amputação de uma parte do corpo (Tapadinhas, Palhinhos e Gouveia, 2006). O formato de resposta é do tipo Likert, numa escala de três pontos que variam entre: “Não Concordo”, “Concordo Pouco”, “Concordo Moderadamente” e “Concordo Bastante”; correspondendo às pontuações zero, um, dois e três, respectivamente. Na cotação das respostas, a pontuação para a dimensão de avaliação do corpo mórbido é computada de forma decrescente, ou seja, três pontos para a resposta “Não Concordo”, dois para “Concordo Pouco” e um para “Concordo Moderadamente” e zero para “Concordo Bastante”.

O somatório dos 14 itens equivale a um escore total que pode variar entre um valor mínimo de 0 (zero) e um máximo de 42. Dessa forma, quanto mais elevada a pontuação obtida, melhor a imagem corporal da mulher.

2.4 Dados estatísticos

Para esta pesquisa, foi utilizado o programa da IBM (*Statistical Package for Social Sciences* SPSS) versão 18.0 e Windows Microsoft Excel, sendo analisadas as estatísticas descritivas como frequência, porcentagem, média, máximos, mínimos e desvio-padrão. Foi feita uma verificação da normalidade das variáveis da amostra para determinação dos testes estatísticos a utilizar. Foi utilizado o teste estatístico de Correlação de *Spearman* o Teste *Mann-Whitney* e admitindo ser significativo quando o valor de $p < 0,05$.

A distribuição dos resultados foi avaliada quanto à normalidade e igualdade de variâncias por meio do Teste Shapiro-Wilk.

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

CAPÍTULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo investigou mulheres com câncer de mama, que se submeteram à cirurgia de reconstrução mamária e que retornaram para consulta. Relatam Santos e Vieira (2011), que a cirurgia mamária é o principal tratamento, com procedimentos cirúrgicos recomendados, sendo que pacientes submetidos à mastectomia podem optar pela imediata reconstrução da mama. As mulheres que se sujeitam à cirurgia conservadora podem ter a sua mama reconstruída, corrigindo deformidades do seio no procedimento de extração de grande parte dele.

A amostra foi constituída por 18 participantes, com uma média de idade de $55,83 \pm 11,74$ anos, sendo que a idade mínima foi de 36 anos e a máxima, 77 anos. A faixa etária mais incidente foi dos 50 a 59 anos com 42,4%. Em relação à profissão, 50% eram mulheres ativas, que corresponderiam a 9 participantes, e outros 50%, aposentadas. A distância média foi de $65,72 \pm 62$ km.

As mulheres que realizaram a fisioterapia, corresponderam a 38,9%, e as que não realizaram 61,1%.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

		(n) %
Idade	Adultas	18 (55,6%)
	Idosas	8 (44,4%)
Profissão	Ativas	9 (50%)
	Aposentadas	9 (50%)
Morada	Até 50 Km	10 (55,6%)
	Mais 50 Km	8 (44,4%)
Fisioterapia	Sim	7 (38,9%)
	Não	11(61,1%)

Em relação ao grupo que realizou as sessões de fisioterapia, o número médio de dias foi de $14,71 \pm 7,08$, sendo o tempo médio da sessão de fisioterapia de $52,86 \pm 20,59$ min, com a frequência de 2 vezes semanais com 57,1% e 3 semanal (42,9%). No que se refere à satisfação com a fisioterapia, 42,9% sentiram-se satisfeitas; 14,3%, bastante satisfeitas e 42,9%, muito satisfeitas com a fisioterapia.

O número de sessões efetivadas, bem como a satisfação das pacientes, foram consideradas como relevantes. Para Rett et al. (2013), Nesvod et al. (2011), Oliveira et al. (2009) e Lauridsen et al. (2005), não existe consenso quanto a esse número de sessões a ser efetivado.

No entanto, Rett et al. (2013), acreditam que o acompanhamento em prazos médio e longo acrescentam benefícios. O sentimento de satisfação das pacientes amostradas com a fisioterapia, tem sido satisfatório, justifica-se em Rett et al. (2013), quando referem que, atualmente a abordagem fisioterapêutica tem sido a primeira opção para a reabilitação, mostrando-se indispensável para prevenção e tratamento das complicações físico-funcionais, o que já vem sendo confirmado por Lauridsen et al. (2005) e por Beurskens et al. (2007).

Nesse íterim, Quinto e Mejia (2013), esclarecem que depois da paciente ser mastectomizada, a intervenção fisioterapêutica mostra seu papel na prevenção e no tratamento de alterações na circulação linfática, nas capacidades motoras globais, respiratórias e circulatórias. Essa intervenção da fisioterapia possui atividades que levam a uma movimentação mais próxima do normal da extremidade superior comprometida, com procedimentos como a drenagem linfática, enfaixamento compressivo, contenção elástica ou malhas compressivas e cinesioterapia.

Dessa maneira, a fisioterapia contribui, significativamente, na prevenção e redução do linfedema. Também Bergmann et al. (2006), consideram a intervenção fisioterápica como bastante significativa para a prevenção, minimização e tratamento das consequências do tratamento do câncer da mama, sendo corroborado por Fabro et al.

(2016), ao pontuar que a fisioterapia inclui várias condutas que têm sua aplicabilidade em todas as fases do tratamento do cancro de mama, e isso potencializa as práticas preventivas primárias, secundária e terciária do linfedema.

Ao verificar os meses de cirurgia, os valores médios foram de $6,06 \pm 5,48$ meses, sendo que 50,2% delas fizeram a cirurgia e após 2 meses responderam o questionário; e 49,8%, entre 6 e 16 meses de cirurgia.

A QV e a IC em doentes mastectomizados são inferiores a pessoas que não têm doença. A QV e a IC são mais baixas se comparadas aos normais. Esse resultado da pesquisa não confere com os estudos de Montenegro (2009), quando expõe que a reconstrução mamária busca a recomposição a autoimagem corporal e isso contribui para melhoria da qualidade de vida da paciente. Segundo Fingeret et al. (2013), podem se manifestar, dessa forma, domínios e características que são diferentes da satisfação do paciente, imagem corporal e QV, nos resultados para as mulheres que se submetem à reconstrução da mama.

Tabela 2 – Qualidade de vida global e percepção geral da saúde

	N (%)	N (%)	N (%)	Valor de <i>p</i>
	Global	Fez Fisioterapia	Não fez Fisioterapia	
Bastante preocupado com a saúde	11 (61,1%)	4 (57,1%)	7 (63,6%)	0,860
Extremamente preocupado com a saúde	7 (38,9%)	3 (42,9%)	4 (36,4%)	

Ao comparar a qualidade de vida das pacientes, não se obteve diferença significativa entre as respostas, porém, observa-se que as pacientes que fizeram fisioterapia foram mais preocupadas com sua saúde em 6,5% a mais daquelas que não realizaram fisioterapia.

Em relação à qualidade de vida global, os resultados mostram que 11 participantes responderam que se preocupam bastante com a sua saúde, correspondendo a 61,1%, e 7

participantes responderam que se preocupam extremamente com a sua saúde, sendo 38,9%, conforme disposto na Tabela 2 que aborda uma autoavaliação da qualidade de vida, cujo respondente avalia a satisfação com a sua vida, saúde e qualidade de vida.

Para Bowling (1995), a verificação da QV, em cenários de saúde e doença, busca aspectos diretos e indiretos, que são oriundos do impacto da doença ou dos tratamentos na vida do paciente e que se estende ao seu bem estar social, emocional e físico em tratamento.

Seguindo nessa perspectiva, Wilson (2004) tem observado que na verificação da QV, há uma busca para medir a percepção subjetiva que o paciente apresenta sobre a sua doença e tratamentos. Nessa constatação, torna-se impossível mensurar sob testes objetivos, a partir da doença com suas intervenções em saúde e visões futuras.

Colaboram Cleary et al. (1995), afirmando que a QV envolve vários aspectos da vida de uma pessoa que se afetam pelas alterações no seu estado de saúde, e que pode ser dimensionada, segundo Secchi e Strepparava (2001), pelas mudanças ao longo do tempo, devido à situação do doente ou do ambiente em que vive, à subjetividade, de acordo com a visão da pessoa, crenças, sentimentos e expectativas.

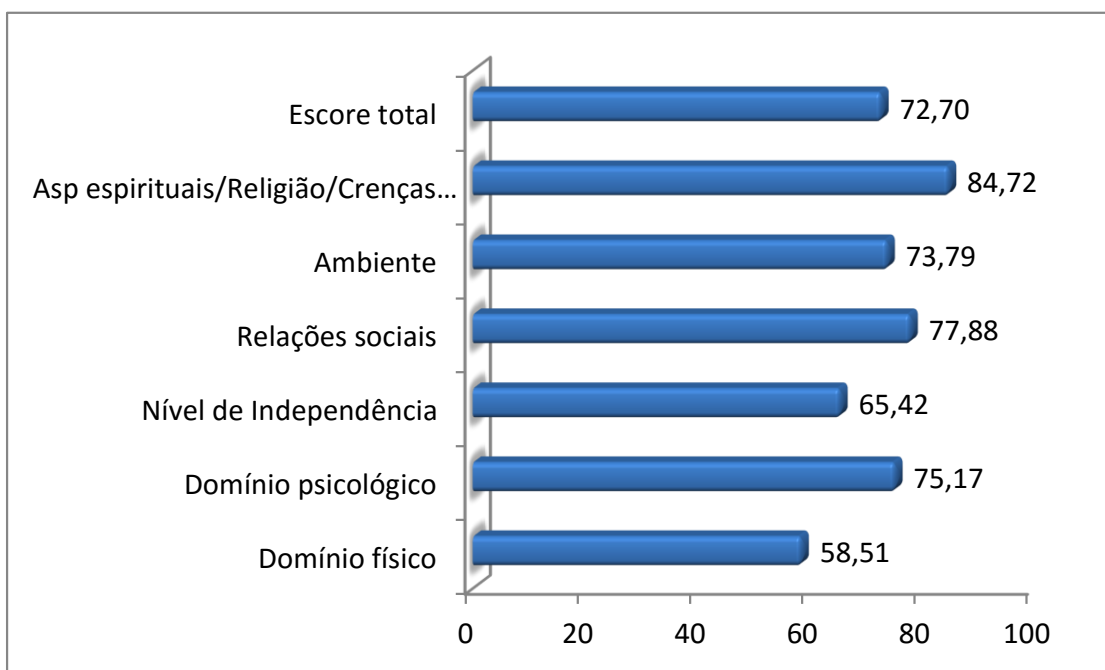
No Gráfico 1, pode-se ver a qualidade de vida global da amostra como boa com 72,7%, existindo algumas dimensões específicas valores muito bons, como nas aspirações espirituais, em 84,72%, nas relações sociais, em 77,88 e no domínio psicológico, em 75,17%. Como classificação de bom, as participantes na noção de ambiente, apresentam um valor de 73,79%, assim como, para o seu nível de independência também, quando comparado aos outros domínios, pontuam um valor de 65,42%.

A QV global da amostra, verificada a partir do Gráfico 1, pontuando que os domínios que correspondem às aspirações espirituais, relações sociais, bem como domínio psicológico e nível de independência apresentam bom índice, encontra concordância em Mcray (2000) ao assinalar que a QV inclui o bem estar social, definido pelos papéis e

relações, aspecto e intimidade, aparência, tempo livre, isolamento, trabalho e situação econômica e também estresse familiar. O bem estar psicológico insere o controle, ansiedade e medo, depressão, conhecimento da doença e tratamento. O bem estar espiritual acompanha o significado da doença, esperança, transcendência, incerteza, religiosidade e força interior.

No Gráfico 1, fica demonstrada a QV global ao questionário Whoqol 100, considerando uma melhor qualidade de vida ao que mais se aproxima de 100 pontos.

Gráfico 1 – Qualidade de vida (WHOQOL)



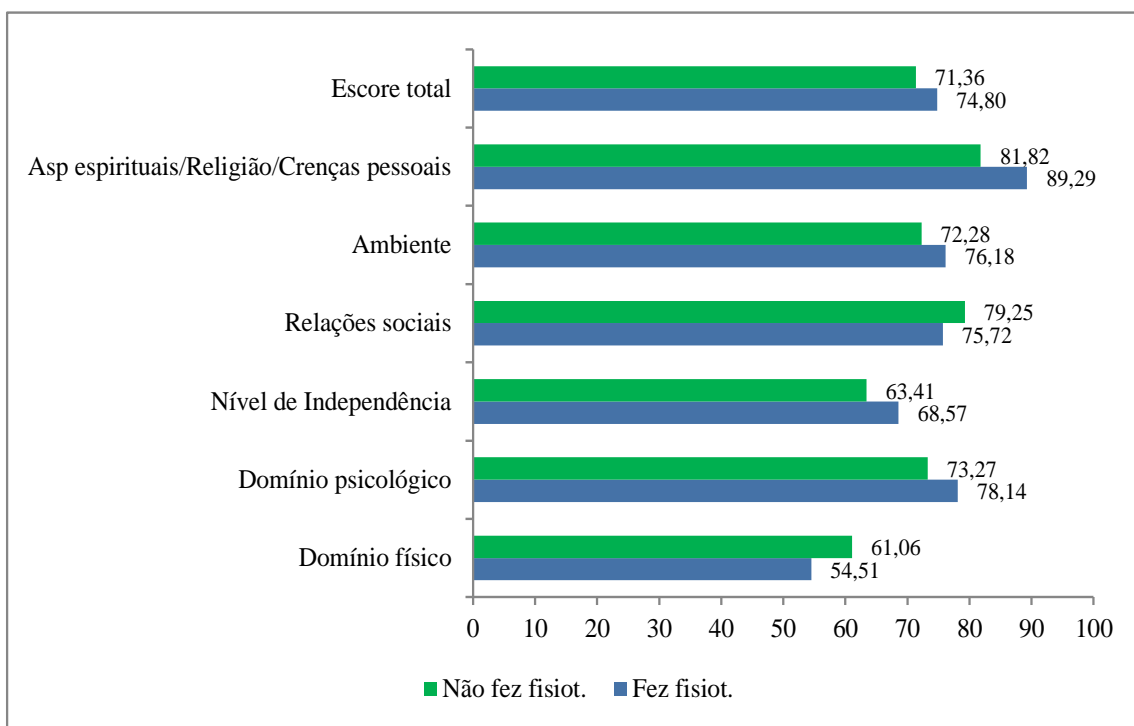
Como esperado, encontrou-se o nível físico com um valor de 58,51%. Pode-se verificar que as pacientes estão sem muita mobilidade e com as suas atividades físicas prejudicadas. O domínio físico baixo, pontuado em 58,51%, é traduzido por uma falta de energia, desconforto, dor e sono. Em comparação, sua espiritualidade indicada em 84,72%, mostra um valor muito considerável e desejável.

O domínio físico define-se por Mcray (2000) pela atividade funcional, força ou cansaço, sono e descanso, dor e outros sintomas. Para Rafihi-Ferreira et al. (2011) no que se

refere ao comprometimento do sono, isso ocorre devido à depressão, sendo um fator que predispõe à perda da qualidade de vida.

Observa-se no Gráfico 2 uma comparação entre as pacientes que fizeram e não fizeram fisioterapia.

Gráfico 2 – Qualidade de vida para as pacientes que fizeram e não fizeram fisioterapia



Observou-se no Gráfico 2 que, nas pacientes que fizeram fisioterapia, o Escore total, as Asp. Espirituais, o Ambiente e Domínio psicológico foram maiores.

Achados de Godwin et al. (2003), revelam que, independente das pacientes terem efetuado fisioterapia ou não, foi observada a sua preocupação com a saúde, satisfação e qualidade de vida, havendo discordância com as pontuações de Ganz et al. (2002), quando sugerem que as mulheres submetidas à cirurgia e outras terapias oncológicas apresentam pior QV, se comparadas à mulheres submetidas à cirurgia.

Ao analisar a existência de correlações entre a imagem corporal e os Domínios da Qualidade de Vida, houve uma correlação moderada significativa ($\rho= 0,669$, $p=0,002$), apenas no domínio psicológico. O maior valor no domínio psicológico corresponde à melhor imagem corporal da paciente.

Nesse sentido, Ferrel e Dow (1997), afirmam que a QV na área da oncologia define-se sob a percepção do individual de bem estar, sob um cenário multidimensional que envolve, entre outras, a dimensão psicológica.

Já a IC, segundo observam Schilder (1994), expressa-se sob a percepção e os sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa sente dos outros e de si mesma, que se associam às emoções e ações originárias da experiência do próprio corpo e do contato com o corpo e sua imagem em experiência também por outras pessoas.

Acrescenta ainda Schilder (1994) que tratar o conceito de IC impossibilita separar mente e corpo, havendo a necessidade e perceber a ligação entre os fatores fisiológicos, psicológicos e sociológicos da vivência corporal.

Na Tabela 3, foi realizada uma comparação de quem fez e não fez Fisioterapia em relação à QV.

Tabela 3 – Comparação das médias na Qualidade de vida fez e não fez Fisioterapia

	Global	Fez fisioterapia	Não fez fisioterapia	<i>p-value</i>
Dom. Físico	58,51±13,68	54,51±13,18	61,06±13,99	0,375
Dom. psicológico	75,17±10,47	78,14±11,80	73,27±9,62	0,375
Nível de independência	65,42±13,95	68,57±12,11	63,41±15,22	0,479
Relações sociais	77,88±7,67	75,72±8,44	79,25±7,21	0,425
Ambiente	73,79±7,93	76,18±10,29	72,28±6,07	0,425
Asp.espirituais/Relig./Crenças pessoais	84,72±9,62	89,29±9,32	81,82±9,02	0,211
Score total	72,70±5,64	74,80±6,52	71,36±4,85	0,179

Teste *Mann-Whitney* $p<0,05$]

Por meio da aplicação do Teste *Mann-Whitney*, que compara os dados da mesma população, não se obtiveram diferenças significativas. Os domínios de quem fez fisioterapia foram maiores: psicológico (6,65%), independência (8,14%), ambiente (5,40%), aspirações espirituais (9,13%) e escore total (4,82%). O domínio de independência que representa a mobilidade, atividade de vida cotidiana, capacidade de trabalho foi superior, pois a fisioterapia se mostrou eficiente para as pacientes sobre a sua rotina diária, auxiliando na sua execução e não limitando expressivamente suas atividades. Também se mostrou superior nas suas aspirações espirituais, sendo que a fisioterapia também fortaleceu a segurança física, lazer, seu ambiente familiar, seu íntimo e a sua rápida melhora no que diz respeito ao estado psicológico, o qual mesmo pouco, auxilia na sua recuperação. Com esse resultado, conclui-se que apesar das médias de quem fez fisioterapia terem sido maiores, não foram significativas, visto que seus valores médios estavam próximos.

Esse registro de médias maiores de QV, de quem fez fisioterapia, ainda que não tenha sido significativo, encontra suporte em Beurkens et al. (2007) que, em suas pesquisas, observaram que a fisioterapia apresenta um papel importante na melhoria da QV global da mulher que se submete à cirurgia de câncer de mama. Por esse liame, Bergmann (2006) refere que a intervenção da fisioterapia é muito significativa para prevenir, minimizar e tratar das consequências do câncer de mama, uma vez que segundo estudos de Fabro et al. (2016), como afecção crônica, o linfedema evolui e provoca sérias alterações físicas e psicossociais, prejudicando a QV das pacientes.

Magno (2009), completa afirmando que a intervenção fisioterapêutica no câncer de mama, tem como finalidade minimizar as sequelas oriundas dos problemas físicos, bem como, outras complicações que cada paciente desenvolve no período de tratamento e que pode levar ao decréscimo da qualidade de vida das mulheres acometidas dessa enfermidade.

Em seguimento, as Tabelas 4 e 5 consideram, respectivamente, a IC, sob a denominação de corpo Pré-mórbido e corpo Mórbido.

Tabela 4 – Parte I da amostra da Imagem corporal global para as pacientes Pré-mórbido que fizeram e não fizeram Fisioterapia segundo as diferentes questões da IC

		N (%)	N (%)	N (%)
		Global	Fez Fisioterapia	Não fez Fisioterapia
1. Considero que o meu corpo é uma expressão do “ser feminina”.	Não concordo			
	Concordo pouco	1 (5,6%)		1 (9,1%)
	Concordo moderadamente	17 (94,4%)	7(100%)	10 (90,9%)
2. O corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher.	Não concordo			
	Concordo pouco	2 (11,1%)		2 (18,2%)
	Concordo moderadamente	16 (88,9%)	7(100%)	9(81,8%)
3. Sinto-me capaz de dizer que gosto do meu corpo.	Não concordo	2 (11,1%)		2 (18,2%)
	Concordo pouco	4 (22,2%)	2 (26,6%)	2 (18,2%)
	Concordo moderadamente	12 (66,7%)	5 (71,4%)	7 (63,6%)
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.	Não concordo			
	Concordo pouco	4 (22,2%)	2 (28,6%)	2 (18,2%)
	Concordo moderadamente	14 (77,8%)	5 (71,4%)	9 (81,8%)
5. Olho com agrado para o meu corpo.	Não concordo	1 (5,6%)		1(9,1%)
	Concordo pouco	7 (38,9%)	2 (28,6%)	5(45,5%)
	Concordo moderadamente	10 (55,6%)	5 (71,4%)	5(45,5%)
6. Valorizo a imagem do meu corpo.	Não concordo	1 (5,6%)		1 (9,1%)
	Concordo pouco	2(11,1%)	1(14,3%)	1 (9,1%)
	Concordo moderadamente	15 (83,3)	6(85,7%)	9(81,8%)
7. Procuro disfarçar no meu corpo a parte do peito operado.	Não concordo	6 (33,3%)	1 (14,3%)	5 (45,5%)
	Concordo pouco	5 (27,8%)	3 (42,9%)	2 (18,2%)
	Concordo moderadamente	7 (38,9%)	3 (42,9%)	4 (36,45)

Para o resultado global, foram observadas as pacientes em uma boa percepção da IC, sendo que 83,3% delas valorizam a imagem do seu corpo e no relacionamento com o parceiro; já, para 88,9%, o corpo é importante numa relação, demonstrando a importância e a valorização de estar em uma boa aceitação.

A expressão feminina nas pacientes é um fator muito importante, pois está relacionada à sua autoestima e sua feminilidade. Para aquelas que tiveram auxílio da fisioterapia, a sua avaliação como mulher perante a um homem está em uma boa avaliação, ou seja, ao se olharem, gostam do que enxergam e se valorizam, pois sentem seu corpo com agrado e afirmam, em sua maioria, gostam do seu corpo em maior grau que aquelas que não fizeram fisioterapia.

Para as pacientes que não fizeram fisioterapia, que são, em maior número, apresentam sua imagem corporal como inferior, procuram disfarçar e não valorizam sua imagem. Já aquelas que mostram melhor imagem corporal, em relação as que fizeram fisioterapia, apenas nas respostas quanto ao parceiro e olhar sobre o seu corpo, estão em número menor às demais que realizaram fisioterapia e que têm sua imagem corporal melhor.

Nesse contexto, Magno (2009), evidencia o papel essencial que a fisioterapia exerce no pré e pós-operatório das pacientes intervencionadas, quer na recuperação das suas funções, quer no restabelecimento da sua autoimagem corporal, autoestima, prevenindo e minimizando os efeitos da reconstrução mamária.

Na primeira questão da Tabela 4, em que “considero que o meu corpo é uma expressão do “ser feminina”, 100% das mulheres que fizeram fisioterapia, concordam moderadamente, enquanto que das que não fizeram fisioterapia, apenas uma concordou pouco.

Na segunda, que trata sobre “o corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher”, 100% das que fizeram fisioterapia, concordam moderadamente, enquanto das que não fizeram o tratamento, apenas duas concordaram pouco.

Na terceira, que refere sobre “sinto-me capaz de dizer que gosto do meu corpo”, 71,4% das mulheres que fizeram fisioterapia, concordam moderadamente, enquanto das que não fizeram, duas não concordaram.

Na quinta, que pergunta sobre “olho com agrado para o meu corpo”, 71,4% das que fizeram fisioterapia, concordam moderadamente, sendo que apenas uma que não fez tratamento não concordou.

Na sexta questão, que aborda “valorizo a imagem do meu corpo”, 85,7% das que fizeram fisioterapia, concordam moderadamente, enquanto que das que não fizeram fisioterapia, uma respondeu que não concorda.

Nessa contextualização, Turtelli (2003), afirma que a IC diz respeito a todas as maneiras pelas quais uma pessoa experiencia e define seu próprio corpo, refletindo sobre “a história de uma vida, o percurso de um corpo”. Em uma construção dinâmica sob vários âmbitos, a IC influi e se deixa influir pelas relações sociais que as pessoas efetivam, em que se incluem aspectos fisiológicos e psicológicos. Completa Tavares (2003), dispondo que variados fatores podem influir e alterar a imagem corporal de uma pessoa, estando entre esses, a morbidez.

Também Palhinhas (2000), evidencia que IC soma aparência física à integridade corporal, em uma visão do corpo intacto, completo e em seu pleno funcionamento. Nessa compreensão, segundo expõem Cantinelli et al. (2006), como metonímia do feminino, a mama, quando é acometida pela morbidez do câncer, leva as pacientes a repensarem a sua função como mulher, atraente e feminina.

Tabela 5 – Parte II da amostra da Imagem corporal global para as pacientes com corpo Mórbido que fizeram e não fizeram Fisioterapia segundo as diferentes questões da IC

		N (%)	N (%)	N (%)
		Global	Fez Fisioterapia	Não fez Fisioterapia
<u>1. Tenho sentido vergonha em relação à minha aparência.</u>	Não concordo	8 (44,4%)	3 (42,9%)	5 (45,5%)
	Concordo pouco	4 (22,2%)	1 (14,3%)	3 (27,3%)
	Concordo moderadamente	4 (22,2%)	2 (28,6%)	2 (18,2%)
	Concordo bastante	2(11,1%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)
<u>2. Sinto-me menos atraente fisicamente.</u>	Não concordo	9 (50%)	3 (42,9%)	6 (54,5%)
	Concordo pouco	2 (11,1%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)
	Concordo moderadamente	6 (33,3%)	2 (28,6%)	4 (36,4%)
	Concordo bastante	1 (5,6%)	1 (14,3%)	
<u>3. Tenho-me sentido menos feminina.</u>	Não concordo	9 (50%)	3 (42,9%)	6 (54,5%)
	Concordo pouco	3 (16,7%)	1 (14,3%)	2 (18,2%)
	Concordo moderadamente	5 (27,8%)	2 (28,6%)	3 (27,3%)
	Concordo bastante	1 (5,6%)	1 (14,3%)	
<u>4. Tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.</u>	Não concordo	8 (44,4%)	3 (42,9%)	5 (45,5%)
	Concordo pouco	3 (16,7%)		3 (27,3%)
	Concordo moderadamente	3 (16,7%)	2 (28,6%)	1 (9,1%)
	Concordo bastante	4 (22,2%)	2 (28,6%)	2 (18,2%)
<u>5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente.</u>	Não concordo	8 (44,4%)	2 (28,6%)	6 (54,5%)
	Concordo pouco	2 (11,1%)		2 (18,2%)
	Concordo moderadamente	5 (27,8%)	3 (42,9%)	2 (18,2%)
	Concordo bastante	3 (16,7%)	2 (28,6%)	1 (9,1%)
<u>6. Sinto que a operação à mama deixou o meu corpo incompleto.</u>	Não concordo	6 (33,3%)	2 (28,6%)	4 (36,4%)
	Concordo pouco	6 (33,3%)	3 (42,9%)	3 (27,3%)

AValiação da Qualidade de Vida e da Auto percepção Corporal em Mulheres com Câncer de Mama submetidas à Reconstrução Mamária

	Concordo moderadamente	2 (11,1%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)
	Concordo bastante	4 (22,2%)	1 (14,3%)	3 (27,3%)
<u>7. Tenho-me sentido descontente com a aparência da minha cicatriz.</u>	Não concordo	8 (44,4%)	3 (42,9%)	5 (45,5%)
	Concordo pouco	6 (33,3%)	3 (42,9%)	3 (27,3%)
	Concordo moderadamente	2 (11,1%)	1 (14,3%)	1 (9,1%)
	Concordo bastante	2(11,1%)		2 (18,2%)

Em uma análise global da amostra de todas as pacientes, apenas 2 pacientes afirmaram ter vergonha do seu corpo e apenas 1 se sente menos atraente fisicamente e 1 menos feminina, reforçando sua boa IC.

As pacientes que realizaram a fisioterapia, indicaram um resultado não satisfatório no questionário que aborda as questões sobre o corpo mórbido relativas à dimensão de percepção do corpo doente, elas se sentem mais vulneráveis nos aspectos da feminilidade, da aparência e também no que se refere à sexualidade.

Essa vulnerabilidade pode ser justificada em Martins (2004), ao pontuar dois fatores que podem balançar a IC. Primeiro, a deformação do tamanho do corpo, que trata sobre a forma de ver e a incapacidade de avaliar esse tamanho de maneira apropriada. E, também, o descontentamento do corpo, que demonstra a visão das pessoas quanto ao seu corpo ou partes dele, desde a satisfação até à depreciação. Essas maneiras distorcidas da imagem podem se configurar independente uma da outra ou no seu conjunto, por meio da anorexia, bulimia e obesidade.

Beleza et al. (2016), expõe que principalmente, o período pós-cirúrgico de tratamento do cancro de mama traz inserida uma série de alterações de postura que podem prejudicar a IC e a autoestima das mulheres.

Na primeira questão da Tabela 5, que refere sobre “tenho sentido vergonha em relação à minha aparência”, 42,9% que fizeram fisioterapia e 45,5% que não fizeram fisioterapia não concordam.

Na segunda, que expõe sobre “sinto-me menos atraente fisicamente”, e na terceira questão sobre “tenho-me sentido menos feminina”, obtiveram-se os mesmos índices de 42,9% que fizeram fisioterapia e 54,5% que não fizeram fisioterapia, que não concordam.

Na quarta, que refere sobre “tem sido difícil olhar para mim quando estou nua”, 42,9% que fizeram fisioterapia e 45,5% que não fizeram fisioterapia, não concordam. Na quinta, que expõe sobre “tenho-me sentido menos atraente sexualmente”, 28,6% que fizeram fisioterapia e 54,5% que não fizeram fisioterapia, não concordam.

Na sexta questão, que trata sobre “sinto que a operação à mama deixou o meu corpo incompleto”, 28,6% que fizeram fisioterapia e 36,4% que não fizeram fisioterapia não concordam. E na sétima, que aborda “tenho-me sentido descontente com a aparência da minha cicatriz”, 42,9% que fizeram fisioterapia e 45,5% que não fizeram fisioterapia não concordam.

Baseando nesses resultados e firmando-se em Seara (2012), pontua-se que, na atual sociedade, a imagem corporal contempla-se de grande importância, principalmente para a mulher. A mama, nessa perspectiva, mostra ser um símbolo corporal da sexualidade, sendo vista como um dos principais atrativos sexuais do sexo feminino, que traz sentido de beleza, feminilidade e fertilidade. Portanto, a cirurgia da mama pode causar a diminuição da imagem corporal na mulher.

Associa-se Clapis (1996), nesse entendimento, que a mulher projeta moldes de beleza tendo a mama não somente como representação de maternidade e feminilidade mas também de sexualidade. A mama, nessa concepção, tem-se identificado como um símbolo sexual no papel de mulher. Portanto, possibilidade de perda do órgão mamário

devido à neoplasia, é uma ameaça para a imagem do corpo feminino, expondo o orgulho da mulher, pois provoca alterações de IC pela mente, somadas às modificações da identidade feminina.

Na correlação entre IC e idade das pacientes, não houve registro significativo ($\rho=0,315$ $p=0,240$). Observou-se que a imagem corporal independe da idade ou, também, que a idade não influenciou a imagem corporal.

Ao avaliar a imagem corporal, todas as pacientes apresentaram uma média de $33,22 \pm 7,73$ pontos, demonstrando, assim, que elas apresentam um índice considerado satisfatório na escala corporal. Quando comparado à execução ou não da fisioterapia, apresentaram praticamente o mesmo comportamento com uma média de $34,71 \pm 7,06$ para quem fez e para aquelas que não realizaram $32,27 \pm 8,32$, diferença percentual de 7,56%. Esses dados completados serão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Satisfação ou Insatisfação da IC segundo ter realizado ou não Fisioterapia

	N (%) Global	N (%) Fez Fisioterapia	N (%) Não fez Fisioterapia
Até 21 pontos – Insatisfatório	6 (33,3%)	2 (28,6%)	4 (36,4%)
De 22 a 42 pontos – Satisfatório	12 (66,7%)	5 (71,4%)	7 (63,6%)

Teste *Mann-Whitney* $p < 0,05$

Na amostra em estudo, 33,3% apresentaram uma IC insatisfatória e 66,7% satisfatória. Quando analisado quem fez ou não fisioterapia, obteve-se valor de satisfação superior no grupo que fez, e insatisfação menor no grupo que fez fisioterapia do que no grupo que não fez fisioterapia.

A escala corporal, em índice considerado satisfatório, vem ao encontro dos indicadores de Duarte (2010) que, ao avaliar a Taxa de Variação Média para o parâmetro “Escala Funcional Imagem Corporal”, mostra a fisioterapia com influência na melhoria da IC das mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama e outras terapias oncológicas.

Na comparação da IC, segundo ter ou não realizado fisioterapia, não se obteve diferença significativa na amostra sendo valor de $p=(0,791)$.

Após serem verificados os valores de satisfação, os quais foram superiores no grupo que fez fisioterapia, utilizou-se como ponto de corte o meio da tabela.

Ao comparar a imagem corporal das pacientes, observou-se não haver diferenças significativas entre as que fizeram ou não fisioterapia. Ao analisar a pontuação, optou-se em escalonar para uma melhor compreensão. Verificou-se que a fisioterapia influenciou numa melhor imagem corporal: as pacientes que não fizeram fisioterapia obtiveram como satisfatório apenas 63,6%, porém não foi significativo estatisticamente.

Na referência de Fonseca et al. (2014), a alteração da IC associa-se a menor satisfação com a vida, sendo essa alteração superior em mulheres mastectomizadas. Pacientes tumorectomizadas não apresentam a satisfação com a vida mais do que as que estão mais satisfeitas com a vida do que as mastectomizadas. Dessa forma, ambas precisam de igual atenção na promoção de variáveis positivas.

Por essa razão, as colocações de Ramos e Patrão (2005) esclarecem que, com potencial de morte e sendo estigmatizante para a mulher, o câncer de mama traz consequências biopsicossociais à doente. Isso implica a necessidade das pacientes se readaptarem às suas vivências intrapsíquicas. Muitas vezes, o prognóstico do cancro de mama pode ser incerto e os tratamentos, podendo ser agressivos, e isso expõe a mulher a transformações na sua imagem corporal.

Tabela 7 – Correlação do tempo de cirurgia com a IC e a QV

	Meses após a cirurgia (rho p-value)
IC	0,113 (0,654)
QV	0,259 (0,300)

Correlação de Spearman

Ao analisar a Tabela 7, a correlação entre o tempo de cirurgia com a IC e QV, demonstrou não haver correlação significativa, comprovando que, com o passar dos meses de cirurgia, elas não melhoraram os valores da IC e nem da QV.

Nessa perspectiva, Ferraz (2009) observa em seus estudos que, especialmente, em mulheres com câncer de mama, a QV é muito importante e deve ser considerada em todo o período que envolve o tratamento, pois, para Guiteras e Sanches (2004), a QV, quando se trata de saúde traduz uma valoração que o paciente faz de vários aspectos da sua vida e de sua enfermidade.

Seguindo nessa perspectiva, Spagnola et al (2003), veem a QV em uma multidimensão, que, após tratamento do câncer da mama, varia de 3 meses, depois de procedimento inicial até dez anos, depois do efetivo diagnóstico de câncer da mama, sendo subjetiva e se modificando com o tempo.

O estudo realizado apresentou limitações quanto à sua amostra e idade das participantes:

- O tamanho da amostra apresentou-se em um número reduzido e não homogêneo;
- A idade mostrou média que correspondeu a idade mínima, de 36 anos e a máxima, de 77 anos, havendo uma limitação na questão de autopercepção corporal das participantes.

Todavia, os dados mensurados resultaram em constatações referente aos objetivos traçados que consta na conclusão, objeto do nosso último capítulo.

CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO

CAPÍTULO IV – CONCLUSÃO

Concluimos com este estudo que ao avaliar a qualidade de vida global em mulheres com câncer de mama, submetidas à reconstrução mamária, estas apresentavam uma boa qualidade de vida, embora ligeiramente superior nas mulheres que fizeram fisioterapia em comparação com as que não fizeram, no entanto, as diferenças não foram significativas.

Em relação a satisfação da autopercepção da Imagem Corporal em mulheres com câncer de mama, submetidas à reconstrução mamária estas apresentavam um nível satisfatório, sendo que os que fizeram fisioterapia apresentaram valores superiores de satisfação em comparação com as que não fizeram, no entanto, as diferenças não foram significativas.

Espera-se que este estudo sirva de fonte para que outros, nessa área, possam adquirir novos conhecimentos e fomentem futuras avaliações e pesquisas, acerca da importância do tratamento fisioterápico nas mulheres que são submetidas à cirurgia de mastectomia, como processo resultante do câncer de mama.

CAPÍTULO V – BIBLIOGRAFIA

CAPÍTULO V – BIBLIOGRAFIA

Almeida, T. R., Guerra, M. R. e Filgueiras, M. S. T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(3), pp.1003-1029.

Amâncio, V. M., Santana, N. e Santana C. (2007). Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 21(1), jan/abr, pp.41-53.

Azevedo, R. F. e Lopes, R. L. M. (2010). Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 18(2), abr/jun, pp. 298-303.

Bantema-Joppe, E. J. *et al.* (2015). The impact of age on changes in quality of life among breast cancer survivors treated with breast-conserving surgery and radiotherapy. *British Journal of Cancer*, 112, pp. 636-643.

Barton, M. B. *et al.* (1999). Breast symptoms among women enrolled in a health maintenance organization: frequency, evaluation, and outcome. *Ann Intern Med*, 130(8), pp. 651-657.

Beleza, A. C. S. *et al.* (2016). Alterações posturais em mulheres submetidas à cirurgia para retirada do câncer de mama. *ABCS Health Sci*, 41(1), pp. 15-19.

Bergmann, A. *et al.* (2006). Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), pp. 97-109.

Berry, D. A. (2009). Adjuvant chemotherapy for breast cancer in older women. *Womens Health (Lond Engl)* 5(5), pp. 453-457.

Berry, D. A. *et al.* (2005). Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 353(17), pp. 1784-1792.

Beurskens, C. H. G. *et al.* (2007). The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*, 7(166).

Bezerra, K. B., Silva, D. S. M. e Chein, M. B. C. (2013). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), pp.1933-1941.

Biázus, J. V. *et al.* (2001). Hormonioterapia no câncer de mama. In: Freitas, F. *et al.* *Rotinas em ginecologia*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda.

Bowling, A. (1995). The concept of quality of life in relation to health. *Med Secoli* 7(3), pp. 633-645.

Brasil (2004). *Ministério da Saúde*. Instituto Nacional do Câncer. Orientações Fisioterápicas: mastologia. [Em linha]. Disponível em < <http://www.inca.gov.br>>. [Consultado em 22/12/2015].

Brasil (2011). *Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer. [Em linha]. Disponível em <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. [Consultado em 30/01/ 2015].

Brasil. (2009). *Ministério da Saúde*. Instituto Nacional de Câncer. O que é o câncer? Rio de Janeiro, INCA. [Em linha]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. [Consultado em 14/05/2015].

Burnstein *et al.* (2008). Malignant tumors of the breast. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. V. T. DeVita, Jr., S. Hellman and S. A. Rosenberg. Philadelphia, PA, USA, LWW. II, pp. 1606-1654.

Caliskan, M. *et al.* (2008). Paget's disease of the breast: the experience of the European Institute of Oncology and review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*, 112(3), pp. 513-521.

Camargo, M. C e Marx, A. G. (2000). *Reabilitação física no câncer de mama*. São Paulo: Roca.

Cantinelli, F. S. *et al.* (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev. Psiq. Clín.* 33(3), pp.124-133.

Carlsson, M. *et al.* (2004). Evaluation of quality of life/life satisfaction in women with breast cancer in complementary and conventional care. *Acta Oncologica*, 43(1), pp.27-34.

Carson, R. W. *et al.* (2009). Breast Cancer v.1.2009. *Practice Guidelines in Oncology*. Fort Washington, PA NCCN. 1: p. 66-100.

Carvalho, M. T. (2010). *Avaliação de fatores prognósticos em tumores de mama nos estádios 2A e 3B e sua correlação com sobrevida*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo.

Cash, T. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 12, pp. 438-442.

Chantal, C. (2001). *A qualidade de vida: arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.

Chen, C. Y. *et al.* (2006). Paget disease of the breast: changing patterns of incidence, clinical presentation, and treatment in the U.S." *Cancer*, 107(7), pp. 1448-1458.

- Clapis, M. J. (1996). *Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama – uma perspectiva de gênero*. Dissertação. Universidade de São Paulo.
- Cleary, P. D. *et al.* (1995). Health-related quality of life in HIV – infected persons: a conceptual model. *Quality of life in behavioral medicine research*.
- Collins, T., Cotran, R. S. e Kumar, V. (2000). *Patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cordero, M. J. A. *et al.* (2015). Breast cancer and body image as a prognostic factor of depression: a case study in México City. *Nutr Hosp.*, 31, pp. 371-379.
- Costa, J. M. M. (2010). *Qualidade de vida na mulher em quimioterapia por cancro da mama: estudo de coorte prospectivo*. Dissertação, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Costanza, M. E. e Chen, W. Y. (2010). Epidemiology and risk factors for breast câncer. *UpToDate Patient Preview*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do>>. [Consultado em 10/11/2015].
- Crane, R. (2000). Cancro da mama. In: Otto, S. E. *Enfermagem em oncologia*. Loures, Lusociência, pp. 89-136.
- Cunha, M. J. (2004). *A imagem corporal – uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para os adolescentes*. Rolo & Filhos, Artes Gráficas, Ltda.
- Dangelo, J. G. e Fattini, C. A. (2011). *Anatomia humana sistêmica e segmentar*. 3. ed. rev. São Paulo: Atheneu.
- Duarte, N. M. F. B. (2010). *Fisioterapia: influência na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. Contributo para a qualidade do serviço em oncologia*. Mestrado em Gestão em Saúde, Universidade Nova Lisboa.
- El-Rafihi-Ferreira, R., Pires, M. L. N. e Soares, M. R. Z. (2011). Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. *Psicologia: Revisão e Crítica*, 25(3), pp. 506-513.
- Epstein, J. *et al.* (2001). Quality of life and oral function in patients treated with radiation therapy for head and neck cancer. *Head & Neck*. 23, pp.389-398.
- Fabro, E. A. N. *et al.* (2016). Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/ Instituto Nacional do Câncer. *Rev Bras Mastologia*, 26(1), pp. 4-8.
- Ferrari, B. L. *et al.* (2007). Considerações sobre as doenças da mama. In: Baracho, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecológica e aspectos de mastologia*. 4. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ferraz, A. M. N. (2009). *Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15929/000690879.pdf?...12009>>. [Consultado em 15/09/2015].

Ferrel, B. R. e Dow, K. H. (1997). Quality of life among longterm cancer survivors. *Oncology*, 11(4), pp. 565-571.

Fingeret, M. C. *et al.* (2013). Developing a theoretical framework to illustrate associations among patient satisfaction, body image and quality of life for women undergoing breast reconstruction. *Cancer Treat Rev*, 39(6), October, pp. 673-681.

Fioroni, T. (2009). Optimal savings and health spending over the life cycle. *Eur J Health Econ*.

Fonseca, S., Lencastre, L. e Guerra, M. (2014). Life satisfaction in women with breast cancer. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 24(59), pp. 295-303.

Ganz, P., Desmond, K. e Leedham, B. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 9 (3), pp. 123-124.

Gil, B. O. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *AnSistSanitNavar*, pp. 10-26.

Globocan (2012). *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Online Analisis. Brazil. 2012. [Em linha]. Disponível em <<http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx> 2015> [Consultado em 15/12/2015]

Goldhirsch, A. *et al.* (2009). Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the primary therapy of early breast cancer. *Ann Oncol*, 20(8), Aug, pp. 1319-1329.

Goodwin, P. J. *et al* (2003). HealthRelated quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer-taking stock. *J Natl Cancer Inst*, 95(4), pp. 263-281.

Granja, C. F. (2004). *O impacto físico-funcional do câncer de mama em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico: uma abordagem fisioterapêutica*. Monografia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Greene, F. L. (2002). *AJCC Cancer Staging Manual*. New York, Springer.

Guirro, E. e Guirro, R. (2006). *Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos, patologias*. Manole. 3. ed. São Paulo

Guiteras, A. e Sanchez, M. D. (2004). Evaluación de la calidad de vida en personas VIH positivas con lipodistrofia. *Psicologia y Salud* 14(1), pp. 5-11.

Gusmão, C. (2010). *Drenagem linfática manual: método Dr. Vodder*. São Paulo: Atheneu.

Hall, J. A. e Knaus, J. V. (2005). *An atlas of breast disease*. New York: The Parthenon Publishing.

Higa, G. M. (2009). Breast cancer: beyond the cutting edge. *Expert Opin Pharmacother* 10(15), pp. 2479-2498.

Howlander, N. *et al.* (2014). *SEER Cancer Statistics Review - 1975-2011*. 1975-2011. Bethesda: National Cancer Institute.

IARC (2010). *Cancer incidence and mortality worldwide: cancer base n. 10*. International Agency for Research on Cancer. [Em linha]. Disponível em <<http://globocan.iarc.fr>> [Consultado em 12/12/2015].

IBGE (2011). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Divisão de Vigilância e Análise de Situação: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM*. [Em linha]. Disponível em <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>> [Consultado em 12/12/2015].

Instituto Nacional do Câncer (2004). *Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>> [Consultado em 15/12/2015].

Instituto Nacional do Câncer (2014). *Estatística do câncer*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>> [Consultado em 12/12/2015].

Instituto Nacional do Câncer. (2010). *Consenso do controle do CA de mama*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensoi-2004>> [Consultado em 12/11/2015].

Jemal, A. *et al.* (2011). Global cancer statistics. *C A Cancer J Clin.*, 61(2), Mar/Apr, pp. 69-90.

Jeske, J. M. *et al.* (2000). Screening and diagnostic imaging. *Atlas of Clinical Oncology Breast Cancer*. G. D. Steele, T. L. Phillips and B. A. Chabner. Canada, American Cancer Society: pp. 41-63.

Kappaun, N. R. C. e Ferreira, M. E. C. (2008). A imagem corporal de mulheres mastectomizadas. *HU Revista*, Juiz de Fora, 34(4), out/dez. pp. 243-248.

Khang, D., Rim, H. D. e Woo, J. (2013). The korean version of the body image scale-reliability and validity in a sample of breast cancer patients. *Psychiatry Investig*, 10, pp.26-33.

Lester, S. C. (2005). A mama. In: Abbas, A. K. *et al. Robbins & Cotran*. Patologia: bases patológicas das doenças. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Lisboa, L. F. (2009). *Tendências da incidência e da mortalidade do CA de mama no município de São Paulo*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo.

Magno, R. B. C. (2009). *Bases reabilitativas de fisioterapia no câncer de mama*. Monografia, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.

Majewski, J. M. *et al.* (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3), pp. 707-716.

Makuf, A. S. D., Dias, R. C. e Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), pp. 49-58.

Marinho, D. S., Costa, T. P. e Vargens, O. M. C. (2013). The experience of breast cancer under the perception of women who underwent mastectomy: an analysis held from scientific publications. *Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online*, 5(5), Dec, pp. 8-19.

Martins, R. O. (2004). *A prática do iso-stretching na melhora da percepção corporal*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Mcray, N. (2000). *Questões psicossociais e da qualidade de vida*. Em enfermagem em oncologia. Loures: Lusociência.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. e Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), pp. 7-18.

Montenegro, W. (2013). *O que esperar da cirurgia de reconstrução da mama?* [Em linha]. Disponível em <<http://www.minhavidacom.br/.../17105-o-que-esperar-da-cirurgia-de-reconstr...2013>>. [Consultado em 15/05/2015].

Montgomery, L. (2000). Assessment and Investigation of Common Breast Symptoms. *Breast Diseases*. P. I. Borgen and A. D. Hill. Georgetown, Texas, Landes Bioscience: pp. 13-29.

Moore, K. L.; Dalley, A. F. e Agur, A. (2001). *Anatomia: orientada para a clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Moreira, H. e Canavarro, M. C. (2011). A adaptação ao cancro da mama nas fases de diagnóstico e sobrevivência: será o investimento na aparência um factor explicativo relevante? *Análise Psicológica*, 4(24), pp. 505-520.

Morone, G. *et al.* (2014). Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: The role of body image on quality of life outcomes. *The ScientificWorld Journal*, pp. 1-11.

Nascimento, S. L. *et al.* (2012). Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter. Pesq*, São Paulo, July/Sept, 19(3).

Ngomane, A. Y., Meirelles, M. C. C. C. e Mendonça, A. C. (2014). Orientações domiciliares para mulheres em tratamento do câncer de mama. *ConScientiae Saúde*, 13(2), pp. 196-202.

Nunez, M., E. et al. (2009). Patients' perceptions of health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 28(10), pp. 1157-1165.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), pp. 403-409.

Palhinhas, P. (2000). *Adaptação psicológica e imagem corporal em mulheres com cancro de mama*. Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Pedroso, B., Pilatti, L. A. e Reis, D. R. (2009). Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 1(1) jan./jun., pp. 23-32.

Pinto, C. e Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos doentes sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), pp.37-56.

Pisoni, A. C. et al. (2013). Difficulties experienced by women undergoing treatment for breast cancer. *Journal of Research: fundamental care. on line*, 5(3), jul/set, pp. 194-201. Portal Saúde (2015). [Em linha]. Disponível em <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34798-the-lancet-destaca-evolucao-do-brasil-no-combate-a-canceres-mais-comuns>>. [Consultado em 30/01/2015].

Pruzinsky, T. e Cash, T. F. (2002). Understanding body images: historical and contemporary perspectives. In: Cash, T. F. e Pruzinsky T. *Body Image: a handbook of theory, Research, and Clinical Practice*. New York, London: The Guilford Press, pp. 3-12.

Quinto, S. M. G. e Mejia, D. P. M. (2013). *Benefícios da fisioterapia no tratamento de linfedema pós-mastectomia radical: uma revisão literária*. [Em linha]. Disponível em <http://www.portalbiocursos.com.br/.../16__BenefYcios_da_fisioterapia_no_tratame>. [Consultado em 15/05/2015].

Ramos, A. S. e Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3 (23), pp. 295-304.

Ramos, J. R. *Oncologia clínica*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1984.

Ramsay, D. T. et al. (2005). Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *Journal of Anatomy*, 34(1), June, pp. 206-525.

Rett, M.T. et al. (2013). Fisioterapia no pós-operatório de câncer de mama: um enfoque na qualidade de vida. *ConScientiae Saúde*, 12(3), pp. 392-397.

Ribas, F. E. e Melo, M. P. (2006). Anatomia, histologia e embriologia da mama. In: Boff, R. A. Wisintainer, F. *Mastologia moderna: abordagem multidisciplinar*. Caxias do Sul: Mesa Redonda Editora.

Salehi, F. *et al.* (2008). Review of the etiology of breast cancer with special attention to organochlorines as potential endocrine disruptors. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.*, 11(3-4), mar, pp. 276-300.

Sales, C. A. C. C., Paiva, L. e Scandiuzzi, D. *et al.* (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), pp. 263-72.

Santos, D. B. e Vieira, E. M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), pp. 2511-2522. Santos, A. (2010). *A física médica e mamografia*. Rio de Janeiro: Revinter.

Schilder, P. (1994). *A imagem do corpo – as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Seara, M. L. P. S. (2012). *Imagem corporal e função sexual das mulheres mastectomizadas*. Dissertação, Faculdade de Medicina de Lisboa. [Em linha] Disponível em <http://www.repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7346/1/660126_Tese.pdf>. [Consultado em 15/05/2015].

Secchi, G. e Strepparava, M. G. (2001). The quality of life in cancer patients: a cognitive approach. *Eur J Intern Med* 12(1), pp. 35-42.

Seniski, G. G. (2008). *Análise do perfil de metilação do promotor do gene ADAM33 e sua correlação clínica com câncer de mama*. Dissertação, Universidade Federal do Paraná.

Silva, G. e Santos, M. A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(4), Jul/Ag, pp. 688-695.

Silva, M. P. P. (2002). *Efeitos da fisioterapia na recuperação e complicações no pós-operatório por câncer de mama: exercícios limitados versus exercícios não limitados*. Tese, Universidade Estadual de Campinas.

Simeão, S. F. A. *et al.* (2013). Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. *Ciências & Saúde Coletiva*, 18(3), pp. 779-788.

Sio, T. T. *et al.* (2014). Patient age is related to decision-making, treatment selection, and perceived quality of life in breast cancer survivors. *World Journal of Surgical Oncology*, 12, 230.

Soares, R. G. (2009). Aspectos emocionais do câncer de mama. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, *Boletim Eletrônico SBPO*, 3. ed. jul./ago/set.

Sociedade Brasileira de Mastologia. SBM (2015). [Em linha]. Disponível em <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/rastreamento-e-diagnostico/60-estatisticas-sobre-cancer-de-mama-no-brasil>>. [Consultado em 30/01/2015].

Society, A. C. (2009). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta, pp. 2-67.

Spagnola, S. *et al.* (2003). The satisfaction with life domains scale for breast cancer (SLDS-BC). *Breast J*, 9(6), pp. 463-471.

Tavares, J. S. C. e Trad, L. A. B. (2009). Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. *Comunic. Saúde Educ.* 13(29), abr./jun, pp. 395-408.

Tavares, M. C. G. C. F. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri, SP: Manole.

The WHOQOL Group. (1998). *WHOQOL User Manual*, Geneva.

Tortora, G. J. e Grabowski, S. R. *Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Turtelli, L. S. (2003). *Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica*. Dissertação, Universidade Estadual de Campinas. [Em linha]. Disponível em <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000284887>>. [Consultado em 30/01/2015].

Wilson, I. (2004). The challenge of understanding articles about health-related quality of life. *Clin Infect Dis* 39(3), pp. 434-436.

Wolff, A. C. *et al.* (2013). Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*.31(31), Nov, pp. 3997- 4013.

Wyatt, G. K. H. e Friedman, L. L. (1996). Development and testing of a quality of life model for long-term female cancer survivors. *Quality of Life Research*. 5, pp. 387-397.

ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre avaliação da qualidade de vida e da autopercepção corporal em mulheres com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária, de responsabilidade do(s) pesquisador(es) Fernanda Michel Fuga e Clarinda Festas, e colaboradores Carolina Barreto Mozzini e Rafael Ribeiro Martini. Fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos e a justificativa da pesquisa que busca avaliar a qualidade de vida e da autopercepção corporal em mulheres com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária, bem como relacionar a qualidade de vida com a realização da fisioterapia pós-operatória. A sua participação na pesquisa ocorrerá em um encontro semanal, pela parte da manhã, com duração aproximada de 30 minutos cada participante.

Tenho conhecimento de que responderei a uma ficha com os meus dados e a questionários que se referem à minha qualidade de vida e autopercepção corporal. Sei que receberei resposta a qualquer dúvida sobre o câncer de mama e a reconstrução mamária, além de outros assuntos relacionados à pesquisa. Também fui informado que a avaliação ocorrerá com a monitorização constante do(s) pesquisador(es), sendo o procedimento interrompido ante qualquer intercorrência adversa. Não haverá nenhum desconforto psicológico ou risco na sua participação na pesquisa.

Compreendo os benefícios que serão proporcionados à minha pessoa e à sociedade com o desenvolvimento desta pesquisa. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Também não haverá nenhuma despesa, ficando os custos por conta do(s) pesquisador(es).

Concordo com a divulgação dos dados obtidos durante a pesquisa, bem como entendo que não serei identificado e que se manterá o caráter sigiloso das informações. Também sei que os dados obtidos serão arquivados e, futuramente, a pesquisa, se possível, publicada para fornecer aos profissionais os dados mensurados. Sei que terei total liberdade para retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízos ou implicações.

*AValiação da Qualidade de Vida e da Autopercepção Corporal em Mulheres
com Câncer de Mama submetidas à Reconstrução Mamária*

Caso você tenha dúvidas sobre o comportamento dos pesquisadores ou sobre as mudanças ocorridas na pesquisa que não constam no TCLE, e caso se considerar prejudicado (a) na sua dignidade e autonomia, você pode entrar em contato com o (a) pesquisador (a) (Fernanda Michel Fuga – fone (54)91272532).

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Passo Fundo, _____ de _____ de _____.

Nome legível do participante

Assinatura do(a) participante

Nome legível do pesquisador(a)

Assinatura do pesquisador(a)

**ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA
AMOSTRA**

ANEXO II – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA



QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Dados Pessoais

Paciente (nome completo): _____

Data de Nasc.: _____ Idade: _____

Profissão: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço (rua/bairro): _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefones (celular/residencial): _____

E-mail: _____

Perguntas:

Você realizou Fisioterapia? () Sim () Não

Você fez Reconstrução Mamária ? () Sim () Não

Se realizou Fisioterapia, fez antes ou após a Reconstrução Mamária?

*AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA*

<input type="checkbox"/> Antes	<input type="checkbox"/> Após	
Quanto tempo realizou a Fisioterapia?		
Qual foi a duração da Fisioterapia?		
E qual a frequência das sessões de Fisioterapia?		
Satisfação em relação a Fisioterapia		
<input type="checkbox"/> Pouco Satisfeito	<input type="checkbox"/> Nada Satisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito
<input type="checkbox"/> Muito Satisfeito	<input type="checkbox"/> Bastante Satisfeito	

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

Data: ____/____/____

Assinatura do Paciente

**ANEXO III – QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
DE VIDA**

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

WHOQOL-100
Versão em português
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Coordenação do Grupo WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre- RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **às duas últimas semanas** .

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

<i>Quanto você se preocupa com sua saúde?</i>				
nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupou com sua saúde nas últimas duas semanas. Portanto, você deve fazer um círculo no número 4 se você se preocupou "bastante" com sua saúde, ou fazer um círculo no número 1 se você não se preocupou "nada" com sua saúde. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha, e faça um círculo no número que lhe parece a melhor resposta.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas “*extremamente*”, coloque um círculo no número abaixo de “*extremamente*”. Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de “nada”. Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre “*nada*” e “*extremamente*”, você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

nada		muito pouco		mais ou menos		bastante		extremamente
1		2		3		4		5

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

nada		muito pouco		mais ou menos		bastante		extremamente
1		2		3		4		5

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

nada		muito pouco		mais ou menos		bastante		extremamente
1		2		3		4		5

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

nada		muito pouco		mais ou menos		bastante		extremamente
1		2		3		4		5

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

nada		muito pouco		mais ou menos		bastante		extremamente
1		2		3		4		5

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

AValiação da Qualidade de Vida e da Autopercepção Corporal em Mulheres com Câncer de Mama Submetidas à Reconstrução Mamária

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.1 O quanto você se valoriza?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia a dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?

*AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA*

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.2 Você tem dificuldades financeiras?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
------	-------------	---------------	----------	--------------

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
------	-------------	-------	-------	---------------

AValiação da Qualidade de Vida e da Autopercepção Corporal em Mulheres com Câncer de Mama Submetidas à Reconstrução Mamária

1		2		3		4		5
---	--	---	--	---	--	---	--	---

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
1		2		3		4		5

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

nada		muito pouco		médio		muito		completamente
------	--	-------------	--	-------	--	-------	--	---------------

*AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA*

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem às duas **últimas semanas**.

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

*AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA*

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as
atividades do seu dia-a-dia?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

AValiação da Qualidade de Vida e da Autopercepção Corporal em Mulheres com Câncer de Mama Submetidas à Reconstrução Mamária

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você as experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F4.2 Em geral, você se sente contente?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

As questões seguintes se referem a qualquer "*trabalho*" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não.

Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se às **últimas duas semanas**.

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia a dia?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

Nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

**ANEXO IV – ESCALA DE IMAGEM CORPORAL: COMO ME
RELACIONO COM O MEU CORPO**

ANEXO IV – ESCALA DE IMAGEM CORPORAL: COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Escala de Imagem Corporal: como me relaciono com o meu corpo

Com as seguintes questões pretende saber-se como valoriza o seu corpo e a sua aparência.

Leia cuidadosamente cada um dos itens e coloque uma cruz na alternativa de resposta que mais se adequa ao que sente.

Em que medida concorda com as seguintes afirmações:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina".				
2. O corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher.				
3. Sinto-me capaz de dizer que gostado meu corpo.				
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.				
5. Olho com agrado para o meu corpo.				

AValiação da Qualidade de Vida e da AutoPercepção Corporal em Mulheres com Câncer de Mama submetidas à Reconstrução Mamária

6. Valorizo a imagem do meu corpo.				
7. Procuo disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam.				

Tendo em conta o processo de mudança resultante da sua doença e/ou tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência.				
2. Sinto-me menos atraente fisicamente como resultado da minha doença e/ou tratamento.				
3. Tenho-me sentido menos feminina com o resultado da doença e/ou tratamento.				
4. Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.				
5. Tenho-me sentido menos atraente				

*AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES
COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA*

sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.				
6. Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto.				
7. Tenho-me sentido insatisfeita com aparência da minha cicatriz.				

**ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA
UNIVERSIDADE DE FERNANDO PESSOA**

ANEXO V – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE
DE FERNANDO PESSOA



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luis Martins
Director da FCS

Porto, 24 de Março de 2015

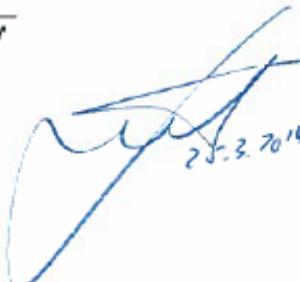
Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Mestrado em Fisioterapia Materno-infantil, de Fernanda Michel Fuga, intitulado "Avaliação da qualidade de vida e da auto percepção corporal em mulheres com cancro da mama: análise da influência da fisioterapia após reconstrução mamária", considera nada haver a opor ao mesmo, desde que sejam obtidas as devidas autorizações para acesso aos dados e que seja garantido o anonimato das participantes.

Com os melhores cumprimentos.

A Vice-Presidente da
Comissão de Ética


Teresa Martinho Toldy


25.3.2014



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

MFC 00201/00 - Reg. Consocial nº 26 - Conservatória do Registo Consocial de Porto

FEUP - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais | Faculdade de Ciências e Tecnologia | Praça 9 de Abril, 349 - 4149-004 Porto - Portugal - T +351 22 507 1300 - F +351 22 550 8269 - geral@feup.pt
FEUS - Faculdade de Ciências da Saúde | Instituto Superior de Saúde | R. Campo da Moura, 296 - 4050-350 Porto - Portugal - T +351 22 507 4930 - F +351 22 507 4937 - R. D. António de Almeida, 104 - 4050-210 Porto - Portugal
FEUC - Faculdade de Ciências da Saúde | UNIDADE de Porto de Lameira - Casa da Garrida - R. Conde de Barcelos - 4990-678 Porto de Lameira - Portugal - T +351 258 341026 - F +351 258 341102 - geral@feup.pt

ANEXO VI – OBTENÇÃO DO WHOQOL – 100

ANEXO VI – OBTENÇÃO DO WHOQOL – 100



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL

GRUPO WHOQOL

**VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL)
1998**

7 OBTENÇÃO DO WHOQOL-100 E DO WHOQOL-BREF

O [WHOQOL-100](#) e o [WHOQOL-bref](#) são uma propriedade da [Organização Mundial da Saúde](#). Apesar disso, **os leitores podem usar e copiar o questionário**. Os usuários devem ser lembrados de que, usando o [WHOQOL-100](#) e o [WHOQOL-bref](#), **não devem modificar as orientações, questões e "layout" de nenhuma forma**.

Os usuários são estimulados a [informar à equipe do projeto](#) quando usarem os instrumentos em ensaios clínicos e avaliações. Também são estimulados a [enviar seus dados ao coordenador do projeto](#) que irá, por sua vez, enviar os dados à OMS para uma análise global. Os usuários podem dirigir suas dúvidas ao [Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck](#) que é o coordenador do projeto no desenvolvimento da escala WHOQOL - versão em português.

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos, 2350 - 4 andar
Bairro Rio Branco – CEP 90035-903
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone (051) 316-8413

E-mail: mfleck.voy@zaz.com.br

**ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DA CIDADE DE
PASSO FUNDO**

**ANEXO VII – AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO
FUNDO**



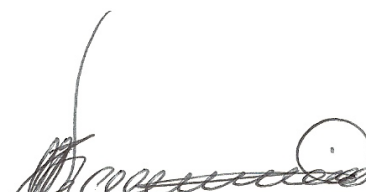
Rua Tiradentes, 295 – Passo Fundo/RS.
Cep 99010-260 – E-mail coreme@hcpf.com.br
Tel. (54) 2103 3333 – CNPJ: 92.030.543/0001-70

*Cuidando,
da saúde
da nossa
gente.*

Passo Fundo, 22 de abril de 2015.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, no Hospital da Cidade de Passo Fundo, a realização da pesquisa
**“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO
CORPORAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA”** tendo como pesquisador responsável FERNANDA
MICHEL FUGA, do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.



Dionísio Adelcír Balvedi
Membro da Junta Administrativa
Hospital da Cidade de Passo Fundo

**ANEXO VIII – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA
ENVOLVENDO SERES HUMANOS**


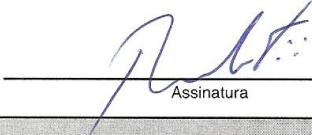
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA AUTOPERCEPÇÃO CORPORAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDAS À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

ANEXO VIII – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida e da autopercepção corporal em mulheres com câncer de mama submetidas à reconstrução mamária.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 50	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas, Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Fernanda Michel Fuga			
6. CPF: 828.825.330-04		7. Endereço (Rua, n.º): BOROROS LUCAS ARAUJO PASSO FUNDO RIO GRANDE DO SUL 99072050	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (54) 9127-2532	10. Outro Telefone:
		11. Email: fernandafuga@upf.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>14 / 04 / 2015</u>  Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Hospital da Cidade de Passo Fundo		14. CNPJ: 92.030.543/0001-70	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (54) 2103-3338		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>RAFAEL REYNOLDS MARTINS</u> CPF: <u>005.809.809/79</u></p> <p>Cargo/Função: <u>MÉDICO MASTOLOGISTA</u></p> <p>Data: <u>20 / 04 / 2015</u>  Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

**ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DO
QUESTIONÁRIO WHOQOL- 100**

ANEXO IX – AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DO QUESTIONÁRIO WHOQOL- 100

Prezada Fernanda

O WHOQOL tem uso liberado para pesquisa acadêmica. Informações podem ser obtidas no endereço www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq - Instrumentos de pesquisa - WHOQOL. Existe uma versão para Portugal do WHOQOL, projeto coordenado pela Profa Maria Cristina Canavarro da Universidade de Coimbra.

Att

Dr Marcelo P. Fleck
Professor Titular
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Mostrar histórico de mensagens

Marcelo Fleck
[Responder](#), [Responder a todos](#) ou [Encaminhar](#) | [Mais](#)

eu

Para

Marcelo Pio de Almeida Fleck

Hoje em 5:58 PM

Boa Tarde Dr. Marcelo!

Ok, Obrigado pelas informações.

Att,

Fernanda Michel Fuga

Mostrar histórico de mensagens

[Responder](#), [Responder a todos](#) ou [Encaminhar](#) | [Mais](#)

**ANEXO X – AUTORIZAÇÃO DA ESCALA DE IMAGEM
CORPORAL: COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO**

ANEXO X – AUTORIZAÇÃO DA ESCALA DE IMAGEM CORPORAL: COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Ana Tapadinhas

Para

fernanda michel fuga

Mai 4 em 8:10 AM

Cara Fernanda Fuga,

Desculpe a minha demora em responder à sua solicitação.

Tenho todo o prazer em que recorra à ***Escala de Imagem Corporal : como me relaciono com o meu corpo***, na sua pesquisa.

Caso necessite de mais alguma informação disponha.

Se vir que demoro a responder, não se acanhe a insistir.

Beijo.

Ana Tapadinhas

No dia 9 de abril de 2015 às 20:20, fernanda michel

fuga <fe_michel@yahoo.com.br> escreveu:

Ocultar histórico de mensagens

Boa Tarde Ana, tudo bem?

Sou mestranda do curso de Fisioterapia da Universidade Fernando Pessoa-Porto/Portugal, e venho por meio deste solicitar a autorização para uso da Escala de Imagem Corporal : como me relaciono com o meu corpo em minha pesquisa. Meu trabalho será avaliar a qualidade de vida e autopercepção em mulheres com câncer de mama submetidas a reconstrução mamária. Gostaria de solicitar a autorização se possível para que possa utilizá-lo em minha pesquisa.

Aguardo seu retorno!

Desde já agradeço pela atenção!

Att,

Fernanda Michel Fuga

Ana Rosa Tapadinhas, PhD

**Assistente de Psicologia Clínica / Sexóloga Clínica : - C.H.L.O. -Hospital Egas
Moniz - Professora Auxiliar: - ISPA-I U - Lisboa; Instituto PIAGET - Almada**