UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANDRÉA CRISTINA MENEGHINI

Avaliação da dor, do linfedema e da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama

Ribeirão Preto
2012

ANDRÉA CRISTINA MENEGHINI

Avaliação da dor, do linfedema e da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa Processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientador: Profª Drª Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Serviços de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Meneghini, Andréa Cristina

Avaliação da dor, do linfedema e da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama / Andréa Cristina Meneghini; orientador Namie Okino Sawada - Ribeirão Preto, 2012.

123f. : Il.: 30 cm

Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, 2012.

1. Neoplasias de mama. 2. Linfedema. 3. Dor. 4. Qualidade de vida relacionada à saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: MENEGHINI, Andréa Cristina

Título: Avaliação da dor, do linfedema e da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ..... / ..... / .....

Banca Examinadora

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Roberto e Isolina Marisa.

Com gratidão, pela presença constante e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, por serem exemplos de dignidade, honestidade, luta e perseverança diante das adversidades da vida. Sinto muito orgulho de ser filha de vocês.

Ao meu irmão, Betto Meneghini.

Com gratidão, por todos esses anos de ajuda nas formatações dos estudos, sempre me encorajando a continuar, sendo meu anjo protetor em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

À Deus,
Por sempre estar protegendo e amparando minha jornada nesta existência, por ter me abençoado com uma família maravilhosa, pela dádiva da saúde.

À Profª. Drª. Namie Okino Sawada,
Por ter aceitado ser minha orientadora, por me mostrar que as dificuldades, colaboram com o nosso crescimento pessoal e profissional.

Ao Prof. Dr. Altacílio Aparecido Nunes,
Pela grandiosa contribuição em todos os momentos deste estudo, por estar sempre pronto a ajudar, por toda dedicação e empenho ao analisar os resultados do estudo.

Ao Prof. Dr. Hélio Humberto Angotti Carrara,
Por apoiar e contribuir com a realização deste estudo.

Ao Dr. Almir José Sarri,
Por sempre me receber atenciosamente na Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos, por confiar em meu estudo e colaborar para a concretização de mais um sonho.

À Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos,
Por permitir que a coleta parcial dos dados fosse realizada nessa instituição, por me proporcionar aprender o significado "Hospital do Amor".

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Por permitir a realização da coleta parcial de dados nessa instituição, por me proporcionar aprender e compreender que sempre é possível fazer o melhor para os pacientes.

À Profª. Drª. Rosana A. S. Dantas e Profª. Drª. Cristina Maria Galvão,
Pelos ensinamentos constantes e por sempre estarem dispostas a ajudar.

À Profª. Drª. Érica Ferraz,
Minha primeira orientadora, que me mostrou o caminho da pesquisa, que me ajudou muito a melhorar como pessoa e como profissional. A distância nos aproxima em pensamentos.

Ao Prof. Dr. Élcio dos Santos Vianna e Prof. Dr. Marcos Carvalho Borges,
Por generosamente compartilharem o saber, por sempre contribuírem com o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Sr. João Picinato,
Por me ajudar em todos os momentos.

A Giselle Patrícia Guerrero,
Por me ensinar o significado do rigor metodológico da pesquisa, pelo companheirismo, por compartilhar o seu conhecimento, por sempre me fazer rir mesmo nos momentos mais tristes e sempre estar disposta a ensinar.

A Alexandra Paola Zandonai,
Por me ajudar a construir o projeto de Mestrado, por sempre estar disposta a me ouvir, pela amizade. Sinto muito a sua falta.

A Adriana Cristina Nicolussi,
Pelo companheirismo e por todas as caronas do ano de 2009.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem principalmente: Cidinha, Eliana, Lourdes e Edilaine,
Pelo acolhimento e pelo carinho.

Aos funcionários do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do 8ª andar,
Sempre dispostos a contribuírem com o estudo.

Aos funcionários do SAME do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto,
Pelo empenho na busca por todos os prontuários.

Aos funcionários do Same da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos,
Por todos os prontuários, por estarem sempre colaborando com este estudo.

Aos funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, principalmente o Sr. Ivo.
Sem a ajuda de vocês seria muito difícil localizar os prontuários.

Aos meus pais, José Roberto e Isolina Marisa.
Os laços de família são eternos.

Ao Betto, Deise e Éttore,
Pelo companheirismo, pela amizade, pelos laços que nos une.

À madrinha Júlia Nardi (in memoriam),
Por me fazer sentir especial e pelo carinho.

A todos os motoristas da Viação São Bento,
Por pararem fora do ponto de ônibus para que eu pudesse adentrar, por entenderem, que os atrasos aos horários transpunham o cansaço da jornada.

Aos motoristas da Viação Transerp,
Por toda solidariedade, mesmo estando longe do ponto de ônibus, vocês me esperavam.

Às pacientes,
Por compartilharem suas dolorosas experiências para a construção deste estudo. Sem vocês, este estudo não existiria.

A CAPES,
Pelo auxílio financeiro concedido para a realização deste trabalho. Sem esse fomento, seria impossível dedicar exclusivamente a este estudo.

A todos, muito obrigada, por terem contribuído para a realização deste estudo.

RESUMO

MENEGHINI, A. C. **Avaliação da dor, do linfedema e da qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de mama**. 2012. 123 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A dor e o linfedema são as principais sequelas que acometem as pacientes com câncer de mama após o tratamento dessa doença, e essas sequelas acarretam alterações físicas e psicológicas que podem modificar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dessas pacientes. Este estudo teve como objetivo verificar a presença da dor, do linfedema e da QVRS nas pacientes com câncer de mama. Foram realizadas avaliações da presença da dor com a EVA, da presença do linfedema com a perimetria e da QVRS com o EORTC QLQ C30. A amostra constituiu-se de 181 pacientes com câncer de mama que faziam acompanhamento médico da doença no Ambulatório de Mastologia do HCFMRP–USP e no Ambulatório de Fisioterapia da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos. A média da idade das pacientes variou de 52,81 (±11,68) a 54,09 (±11,39); a maioria das pacientes era casada, com baixo nível de escolaridade e desempenhavam atividade doméstica. A mama esquerda foi a mais acometida, o carcinoma ductal infiltrante foi o predominante e a mastectomia foi a técnica cirúrgica mais utilizada nas pacientes deste estudo. Constatou-se que 78 pacientes referiram sentir dor no membro superior homolateral à intervenção cirúrgica, em 52 pacientes constatou a presença do linfedema. A QVRS foi considerada como boa pelas pacientes.

Palavras chaves: Neoplasias de mama; Dor; Linfedema; Qualidade de Vida Relacionada à Saúde.

ABSTRACT

MENEGHINI, A. C. Assessment of pain, lymphedema and quality of life related to health of women with breast cancer. 2012. 123 p. Dissertation (MSc) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2012.

The pain and lymphedema are the major consequences that affect patients with breast cancer after treatment of this disease, and these consequences cause physical and psychological changes that may alter the quality of life related to health of these patients (HRQOL). This study aimed to verify the presence of pain, lymphedema and HRQOL in patients with breast cancer. The presence of pain evaluated using visual anologue scale (VAS), perimetry was used to evaluate presence of lymphedema and HRQOL was measure with EORTC QLQ C30. The sample consisted of 181 patients with breast cancer who were monitoring the disease at the Mastology Outpatient of the Hospital das Clínicas of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School (HCRPFMRP/USP) and the Physiotherapy Outpatient of the Pius XII Foundation – Cancer Hospital of Barretos.
The mean age of the patients ranged from 52,81 (±11,68) to 54,09 (±11,39). Most patients were married, with a low educational level and housewifes. The left breast was the most affected, the infiltrating ductal carcinoma was the most prevalent and mastectomy surgical technique was used in most patients in this study. 78 patients reported pain in the homolateral upper limb subsequent to surgery, in 52 patients had lymphedema. HRQOL was considered good for patients.

Keywords: Breast Neoplasms; Pain; Lymphedema; Health Related Quality of Life.

RESUMEN

MENEGHINI, A. C. **Evaluación del dolor, del linfedema y de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama**. 2012. 123 p. Disertación (Maestria) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, de 2012.

El dolor y linfedema son las principales secuelas que afectan a los pacientes con cáncer de mama después del tratamiento de esta enfermedad, y estas secuelas causan cambios físicos y psicológicos que pueden alterar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estos pacientes. Este estúdio objetivó verificar la presencia de dolor, del linfedema y de la CVRS en pacientes con cáncer de mama. Se evaluó la presencia de dolor con EVA, la presencia de linfedema con perimetria y la CVRS con el EORTC QLQ C30. La muestra consistió em 181 pacientes con cáncer de mama que realizaban acompañamiento médico en el ambulatório de Mastología del Hospital das Clínicas de la Universidad de São Paulo de la Faculdad de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP) y en ambulatório de Fisioterapia de la Fundación Pio XII – Hospital del Cáncer de Barretos. La edad media de los pacientes varió de 52,81 (±11,68) a 54,09 (±11,39). La mayoría de las pacientes estaban casadas, con un nivel educativo bajo y eran amas de casa. La mama izquierda fue la más afectada, el carcinoma ductal fue el más predominante y la mastectomía fue la técnica quirúrgica más utilizada em los pacientes en este estúdio. 78 pacientes informaron sentir dolor en el miembro superior homolateral a la cirugía, y 52 pacientes presentaron linfedema. CVRS fue considerada buena para los pacientes.

Palabras Clave: Neoplasias de mama; Dolor; Linfedema; Calidad de Vida Relacionada com la Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer... 45
Ilustração 2 Escores dos domínios do EORTC QLQ C30..... 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização sócio-demográfica. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 60

Tabela 2 Caracterização do lado da mama acometida, tipo de cirurgia, tipo de câncer de mama, receptores hormonais. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 64

Tabela 3 Caracterização do tamanho do tumor da amostra. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 66

Tabela 4 Caracterização do número de gânglios linfáticos retirados e o número de gânglios linfáticos acometidos. Ribeirão Preto - SP, 2011 – 2012..... 68

Tabela 5 Caracterização dos acometimentos do membro superior homolateral à intervenção cirúrgica. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 72

Tabela 6 Caracterização do tempo de cirurgia no momento da entrevista deste estudo. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012 73

Tabela 7 Caracterização da amostra em relação a metástases e recidivas. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 74

Tabela 8 Escala Visual Analógica para dor do membro superior homolateral à intervenção cirúrgica. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 75

Tabela 9 Análise descritiva da perimetria. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012 77

Tabela 10 EORTC QLQ C30 das pacientes da amostra. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012..... 80

LISTA DE SIGLAS

QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
OMS	Organização Mundial de Saúde
MMG	Exame de Mamografia
ECM	Exame Clínico das Mamas
HER 2	Receptor do Fator de Crescimento da Epiderme Humana
TNM	Tamanho do Tumor (T), Número de Nódulos Comprometidos (N), Evidências de Metástases à Distância (M)
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	Grupo de QV da Organização Mundial de Saúde
EORTC QLQ BR 23	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer Module
FACT – B	Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast Cancer
HBIS	Hopwood Body Image Scale
BIB CQ	Body Image after Breast Cancer Questionnaire
BREAST Q	Breast Questionnaire
EORTC QLQ C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core 30 Questionnaire
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HCRP – FMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
REMA	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas
DP	Desvio Padrão

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO
1. INTRODUÇÃO..... 20
1.1 O câncer..... 21
1.2 Câncer de mama..... 22
1.3 Tipos de tratamento para câncer de mama..... 25
1.4 Linfedema..... 29
1.5 Dor em pacientes com câncer de mama..... 34
1.6 Qualidade de vida relacionada à saúde..... 35
1.7 Fisioterapia e câncer de mama..... 39
1.8 Distúrbios sensoriais após o câncer de mama..... 41

2. REFERENCIAL TEÓRICO..... 43

3. OBJETIVOS..... 47
3.1 Objetivo Geral..... 48
3.2 Objetivos Específicos..... 48

4. MATERIAL E MÉTODO..... 49
4.1 Delineamento do estudo..... 50
4.2 Aspectos éticos..... 50
4.3 Local..... 50
4.4 População..... 51
4.5 Amostra..... 51
4.6 Coleta dos Dados..... 51
4.7 Instrumentos para a coleta dos dados..... 52
4.8 Análise dos dados..... 56

5. RESULTADOS..... 57
5.1 Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos..... 58
5.2 Caracterização clinica dos sujeitos..... 61
5.2.1 Lado da mama acometido, tipo de cirurgia, tipo de câncer de mama, receptores hormonais..... 61
5.2.2 Tamanho do tumor..... 65

5.2.3 Número de gânglios linfáticos da região axilar retirado e número de gânglios linfáticos da região acometida..... 66
5.2.4 Estadiamento do tumor das pacientes da amostra, tratamentos adjuvantes, neoadjuvantes e reconstrução mamaria..... 68
5.2.5 Acometidos no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica 70
5.2.6 Tempo de cirurgia..... 72
5.2.7 Metástase e recidivas da doença..... 73
5.3 Análise da escala visual-analógica (EVA) para dor..... 74
5.4 Linfedema..... 75
5.5.Qualidade de vida relacionada à saúde..... 78

6. DISCUSSÃO..... 82

7. CONCLUSÃO..... 95

REFERENCIAS..... 98

APÊNDICES..... 111

ANEXOS..... 117

APRESENTAÇÃO

O meu despertar para a oncologia deve-se a minha experiência pessoal, como filha de uma mulher que recebeu o diagnóstico de câncer de mama, com as angústias, inquietações e sofrimentos ocasionados por essa doença. Nesse momento, estava no 3^0 ano de fisioterapia.

Para confirmar realmente que a oncologia estava inserida na minha decisão profissional, pude estagiar no Hospital do Câncer – A. C. Camargo, em São Paulo, durante o 4^0 ano de fisioterapia, tendo a confirmação de que estava no caminho certo.

Em 2005, terminei a graduação em fisioterapia pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais, e comecei a Especialização em Fisioterapia Hospitalar pelo Hospital São Francisco de Ribeirão Preto, atuando na reabilitação de pacientes com vários tipos de diagnóstico, inclusive pacientes com vários tipos de câncer, onde desenvolvi o trabalho para conclusão do curso com uma avaliação fisioterápica do paciente oncológico, podendo constatar que esses pacientes necessitam de uma abordagem multiprofissional, tentando englobar todos os acometimentos gerados pela própria doença.

Em 2006, ao terminar a especialização, prestei a prova do processo seletivo do aprimoramento em Exploração Pneumo-Funcional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sendo aprovada e, iniciando em 2007, essa experiência e vivência foi um marco na minha vida pessoal e profissional, pois pude conviver com várias temáticas do aparelho respiratório, bem como a oncologia respiratória e com vários profissionais que indistintamente compartilharam seus conhecimentos comigo. Nesse período, o enfoque foram os pacientes com câncer de pulmão, o risco cirúrgico deles, realizado muitas vezes por mim através da Prova de Função Pulmonar, e sendo avaliado pelos médicos que constituíam o Departamento de Pneumologia. Esse serviço contribuiu para o meu aperfeiçoamento em Oncologia, pois permitiu que pudesse estagiar em 2008 na Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos. Nesse momento, tive contato novamente com a fisioterapia em oncologia e com várias abordagens fisioterápicas realizadas nesses pacientes por profissionais desse serviço. Permanecei no Departamento de Pneumologia até 2009, quando terminou o aprimoramento.

De 2008 a 2010, fiz a especialização em Psico-Oncologia do Instituto Ribeirão Pretano de Combate ao Câncer de Ribeirão Preto, com o intuito de melhorar meus conhecimentos a respeito dos modelos de enfrentamento do câncer

por parte dos pacientes, bem como aprender quais as formas verbais de linguagem mais propícias no uso diário com esses pacientes.

Em 2009, fui aluna especial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nas disciplinas de Qualidade de vida, interessando-me profundamente por essa temática. No término desse ano, prestei o processo seletivo do mestrado, sendo aprovada, iniciando os estudos em 2010.

Considero a oportunidade do mestrado como uma dádiva com que fui agraciada por Deus e pela vida. O câncer de mama e o tratamento acarretam sequelas transitórias ou permanentes às pacientes, sendo de fundamental importância o estudo da influência dessas sequelas na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde. Acredito ser uma privilegiada por ter conseguido, no momento da entrevista da pesquisa, não ser apenas uma investigadora, mas também ser confidente e ouvinte dos momentos mais íntimos e dolorosos que essas mulheres estavam passando, gerados pelas incertezas que o diagnóstico do câncer acarreta.

Sei que estou no inicio da minha vida profissional como pesquisadora, mas ambiciono continuar a desvendar os mistérios que esse caminho me reserva.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O câncer

A palavra câncer tem origem do grego *karkinos* (úlceras neoplásicas não cicatrizantes) e *karkinõma* (tumores malignos sólidos). No latim, essa palavra significa caranguejo, sendo essa denominação explicada pela semelhança existente entre as veias intumescidas ao redor do tumor serem semelhantes às patas desse animal (PASCOAL et al., 2010). O termo câncer designa mais de uma centena de diferentes doenças (BRASIL, 2012).

Essa doença associa para muitos pacientes à sensação consciente ou inconsciente de ser devorado, ser comido por dentro, reforçando a dimensão da doença incurável, castigo entre outros significados, sendo uma doença repleta de estigmas (PASCOAL et al., 2010).

O câncer é considerado uma doença inflamatória, pois em muitos tipos de câncer encontrou-se uma resposta inflamatória para um processo crônico de inflamação, que colabora para inativação das células do sistema imunológico, que são células que promovem a angiogênese e a proliferação celular. O processo acima descrito colabora para a progressão tumoral (DISIS, 2010).

A transição epidemiológica que está ocorrendo no Brasil é caracterizada pela progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, tendo como fator preponderante o envelhecimento da população, resultante do processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).

O câncer é um problema de saúde pública em muitas partes do mundo, como Estados Unidos da América, sendo que também no Brasil gera um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico, sendo considerado uma doença crônica não transmissível bastante comum nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (SIEGEL; NAISHADHAM; JEMAL, 2012; BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou para o ano de 2030 que o câncer acometerá 27 milhões de casos incidentes, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas portadoras (BRASIL, 2012).

A Sociedade Americana de Câncer estimou para o corrente ano 1.638.910 novos casos de câncer e 577.190 mortes por essa doença, sendo que os tipos de câncer mais comum nas mulheres serão o de mama, de pulmão e cólon e reto

(SIEGEL; NAISHADHAM; JEMAL, 2012).

No Brasil, as estimativas para o corrente ano são válidas também para o ano de 2013. São 518.510 casos novos de câncer, sendo esperado como os mais incidentes para a população brasileira o câncer de pele do tipo não melanoma, tumor de próstata, tumor de mama, tumor de cólon e reto, tumor de pulmão, tumor de estômago e tumor do colo do útero (BRASIL, 2012). As regiões Sul e Sudeste do Brasil apresentam as maiores taxas de câncer e as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores taxas (BRASIL, 2012). A prevenção e o controle do câncer quando incorporado como medidas de atenção à saúde podem reduzir a carga dessa doença no país (BRASIL, 2012).

Nos Estados Unidos estima-se que aproximadamente 3 milhões de mulheres vivem com câncer de mama invasivo e 226.870 mulheres poderão ser diagnosticadas em 2012. Aproximadamente 20% das mulheres com câncer de mama estão abaixo dos 50 anos e 40% com idade de 65 anos ou mais. No total, 60% dos cânceres de mama são diagnosticados em estágios localizados (SIEGEL et al., 2012).

1.2 Câncer de mama

É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (BRASIL, 2012).

O câncer de mama acomete mulheres em todas as faixas etárias, mas mulheres que recebem o diagnóstico antes dos 50 anos de idade possuem tumores mais agressivos do que mulheres que recebem o diagnóstico em idades mais avançadas (PASKETT et al., 2007).

Um estudo sobre o estado atual do câncer de mama no Brasil referiu que a taxa de mortalidade por incidência de câncer de mama no Brasil atualmente é de 0,291, ou seja, há quase 1 morte para 3 novos diagnósticos. Nos Estados Unidos, essa taxa é de 0,193; na União Europeia é de 0,215 (LEE et al., 2012).

Nos Estados Unidos da América, estimou-se para este ano que 29% dos novos casos de câncer serão de câncer de mama, correspondendo a 226.870 mulheres acometidas por essa doença. Há a referência também de que as mulheres

apresentam alta probabilidade de terem câncer de mama antes dos 60 anos de idade. Esses prognósticos são baseados na estimativa do risco individual devido às diferentes exposições como história de tabagismo e suscetibilidade genética (SIEGEL; NAISHADHAM; JEMAL, 2012). No Brasil, espera-se para o corrente ano 52.680 novos casos de câncer de mama, com um risco de 52 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2012). Esse tipo de câncer é o mais frequente nas regiões Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100mil), Centro-Oeste (48/100mil) e Nordeste do Brasil (32/100mil) (Brasil, 2012).

Mesmo com as taxas de mortalidade altas das últimas décadas, o número de sobreviventes ao carcinoma mamário tem aumentado como resultado da melhoria no rastreamento, do diagnóstico precoce e do advento da multi-modalidade do tratamento. O tempo de maior sobrevida torna mais provável a emergência dos efeitos do tratamento (SOUZA et al., 2007).

O Brasil possui políticas públicas para a redução da incidência de câncer de mama, estando baseadas no conhecimento adquirido dos fatores de risco para essa doença, como reposição hormonal na menopausa para mulheres, sendo a implantação dessas políticas realizadas através de embasamento científico (CURADO, 2011).

Em Goiânia, foi estimado que o alto risco para desenvolver câncer de mama é em mulheres com faixa etária entre 45 a 59 anos, e as políticas brasileiras recomendam o exame de mamografia (MMG) para mulheres com faixa etária acima de 50 anos de idade (CURADO, 2011).

As recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama são exame clínico das mamas (ECM) anual para mulheres a partir dos 40 anos e MMG bienal para as mulheres entre 50 e 69 anos, sendo recomendado que sejam realizados ECM e MMG anual para as mulheres de risco elevado a partir dos 35 anos de idade (BRASIL, 2004).

A MMG é um exame radiológico, realizado com equipamento específico e que emite uma dose mínima de radiação, e é considerado o padrão ouro para o rastreamento da população de risco padrão (standard) e o ECM consiste na inspeção visual e palpação das mamas feitas por um profissional de saúde capacitado (SILVA; HORTALE, 2012).

Em apenas um município do Brasil (Curitiba) foi implantado o rastreamento organizado para o câncer de mama, que é a busca ativa da

população-alvo (SILVA; HORTALE, 2012).

O objetivo do rastreamento do câncer de mama é detectar o câncer em estágios iniciais, em populações assintomáticas e contribuir para um melhor prognóstico (SILVA; HORTALE, 2012).

Em relação à assistência às pacientes com câncer de mama, as informações referidas por um estudo afirmam que no Brasil, entre a suspeita e o diagnóstico no sistema público de saúde havia uma variação de 72 a 185 dias e 1/3 das mamografias diagnósticas levam mais de 30 dias para serem interpretadas (LEE et al., 2012).

A OMS relata que a maioria dos cânceres de mama ocorre no epitélio ductal mamário, sendo que 75% dos diagnósticos são do carcinoma ductal infiltrante, que recebe também a denominação de carcinoma ductal invasivo, o segundo tipo de tumor de mama mais comum é o carcinoma lobular invasivo, no entanto, existem outras doze variações que são mais raras (YERUSHALMI; HAYES; GELMON, 2009).

O câncer de mama com o subtipo denominado triplo negativo requer uma observação mais cuidadosa e uma necessidade de ser mencionado neste estudo, pois apresenta um pior prognóstico: ocorrem em 10% a 15% de todos os cânceres de mama diagnosticado. Seus fatores de risco são mulheres jovens que apresentam alto índice de mama densa e em mulheres com etnias afro-americanas (DAWOOD, 2010). Esse tipo de câncer não apresenta expressão dos receptores hormonais (estrógeno e progesterona) e possuem baixa expressão do HER 2 (receptor do fator de crescimento da epiderme humana). Pacientes com esse tipo de tumor submetidas à quimioterapia neoadjuvante apresentam melhor resposta ao tratamento, apresentando risco de recorrência da doença nos primeiros 3 anos de tratamento (DAWOOD, 2010).

O câncer de mama pode apresentar células que contenham em sua superfície a expressão de receptores hormonais (estrógeno e progesterona). As pacientes que possuem a expressão para esses dois receptores têm melhor sobrevida e com isso melhor prognóstico (FERRARI et al., 2011).

Pacientes com câncer de mama que possuem receptor de progesterona negativo parece estar associado a um pior prognóstico, podendo ser assim por estarem menos sensíveis à hormonioterapia com tamoxífeno ou por conferir um fenótipo invasivo às células tumorais (FERNANDES et al., 2011).

O HER2, quando positivo de 30% a 40% são completamente erradicados, com resposta patológica completa no momento da cirurgia (VON - MINCKWITZ et al., 2012).

Os receptores hormonais (estrógeno e progesterona) e HER2 são determinados através de exame imuno-histoquímico em pacientes portadoras de câncer de mama invasor.

Os fatores de risco para o câncer de mama são a idade, menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima de 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia, terapia de reposição hormonal, história familiar de câncer de mama, alta densidade do tecido mamário e exposição à radiação ionizante (BRASIL, 2012).

Após a descoberta do câncer de mama, é realizado o estadiamento clínico para determinar a extensão local da doença, o estado da axila, a mama oposta e a existência de metástases à distância. A classificação mais usada para realizar o estadiamento é o sistema TNM, que avalia o tamanho do tumor (T), número dos nódulos comprometidos (N) e a evidências de metástases à distância (M) (BRASIL, 2004). E após fazer o estadiamento do câncer de mama é que se estabelece o tratamento das pacientes portadoras dessa doença.

No Brasil, o sistema público de saúde diagnosticou que 1/3 das pacientes com câncer de mama estava em estádio III ou IV, sendo que o sistema privado esse mesmo estadiamento ocorre em apenas 16% das pacientes com diagnóstico de câncer de mama (LEE et al., 2012).

1.3 Tipo de tratamento do câncer de mama

Na população brasileira, os tratamentos instituídos às pacientes com câncer de mama são mais radicais, pois o diagnóstico é realizado em estádios tumorais mais avançados, gerando aumento significativo das morbidades e pior qualidade de vida (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

A intervenção cirúrgica é utilizada por vários anos como principal opção terapêutica, com o intuito de promover o controle local da doença, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapêutica sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da

doença e identificar o risco de metástases (PASCOAL et al., 2010).

A cirurgia para o câncer de mama pode ser realizada através do emprego de duas técnicas: a conservadora e a radical, e ambas as técnicas podem acarretar complicações cirúrgicas nas pacientes que foram submetidas a essas intervenções. No entanto, as cirurgias conservadoras reduzem a ocorrência do linfedema e acarretam menos complicações ao braço e ombro no pós-operatório (BERGMANN et al., 2006; NESVOLD et al., 2008). As técnicas cirúrgicas conservadoras (quadrantectomia e tumorectomia) são menos invasivas, menos mutilantes e geram melhores resultados estéticos e psicológicos às pacientes (BATISTON; SANTIAGO, 2005).

Quadrantectomia é a retirada de um quadrante ou de um segmento da glândula mamária, onde está localizado o tumor com margens cirúrgicas de tecido normal circunjacente de 2,0 cm a 2,5 cm, incluindo a aponeurose subjacente ao tumor, com ou sem segmento cutâneo, indicado para tumores de menos de 3,0 cm (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Tumorectomia consiste na exérese do tumor sem margens de tecido adjacente e a setorectomia consiste na exérese do tumor com margens (GOZZO, 2005; JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008; BARROS et al., 2001).

Em 2010, das cirurgias realizadas pelo sistema de saúde brasileiro, 65% do procedimento foram de mastectomias (LEE et al., 2012).

As cirurgias radicais são a mastectomia clássica de Halsted, a mastectomia radical modificada a Patey e a mastectomia radical modificada a Madden (PINOTTI, 2000).

A mastectomia clássica de Halsted consiste na retirada cirúrgica de toda a glândula mamária, do músculo peitoral maior, do músculo peitoral menor, linfanedectomia axilar e supraclavicular (PINOTTI, 2000).

A mastectomia a Patey consiste na retirada do músculo peitoral menor e preservação do peitoral maior e a mastectomia a Madden é a técnica que preservam os músculos peitorais maior e menor, sendo que em ambas as técnicas ocorre remoção da glândula mamária (BATISTON; SANTIAGO, 2005; JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

A mastectomia simples ou total consiste na técnica cirúrgica que retira toda a glândula mamária com a pele que a recobre, incluindo o complexo areolar e aponeurose do músculo peitoral (BERGMANN, 2000).

Após a introdução da mastectomia radical modificada como forma de intervenção cirúrgica, aumentou a taxa de linfedema em relação aos outros tipos de intervenção cirúrgica como a clássica e mutiladora Halsted (SOUZA et al., 2007).

As técnicas descritas acima podem estar associadas ao esvaziamento axilar completo (linfadenectomia) ou a biópsia do linfodo sentinela. Através dessas técnicas avaliam-se o estadiamento da doença, o planejamento da terapêutica e se estabelece o prognóstico (BOFF et al., 2006).

Por décadas, a linfadenectomia ou esvaziamento axilar foi considerado um importante recurso terapêutico, devido à baixa incidência de recidivas axilares após o procedimento. Entretanto ocorre dor, parestesia, limitação do movimento do braço, neuralgia do intercostobraquial e linfedema, comprometendo sensivelmente a qualidade de vida das pacientes portadoras de câncer de mama submetidas a essa técnica (QUADROS; GEBRIM, 2007; PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

A lesão do nervo intercostal provocada pela linfadenectomia ocasiona dor e parestesia no braço homolateral à intervenção cirúrgica. Quando ocorre a secção desse nervo, ocorre anestesia prolongada na axila e hipoestesia na parte proximal do braço. Às vezes, a preservação desse nervo não é possível devido à lesão acidental ou comprometimento linfonodal metastático na trajetória do nervo, o que ocorre em estadiamentos clínicos mais avançados (PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

A linfadenectomia axilar favorece a instalação do linfedema, pois compromete a produção de células de defesa e drenagem linfática do membro (PASCOAL et al., 2010).

Apesar das complicações ocasionadas pela linfadenectomia axilar, este procedimento ainda é uma realidade para muitas pacientes, devido ao comprometimento metastático axilar (PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

A técnica da biópsia do linfonodo sentinela surge como tentativa de minimizar as morbidades causadas pela linfadenectomia axilar e proporciona às pacientes qualidade de vida com menos morbidade e é uma técnica mais fácil de ser tolerada pelas pacientes (PASCOAL et al., 2010).

As pacientes portadoras de câncer de mama com estágio I e II da doença, que apresentam comprovação clínica ou através de ultrassom que a axila não é suspeita para malignidade são submetidas à técnica da biópsia do linfonodo sentinela (KOOTSTRA et al., 2010).

A biópsia do linfonodo sentinela tem se revelado alternativa segura em relação à linfadenectomia, com elevada acurácia para predizer o comprometimento linfonodal, e possuem baixa incidência de sequelas (QUADROS; GEBRIM, 2007).

Apesar da biópsia do linfonodo sentinela ser uma técnica menos invasiva, mesmo assim oferece um risco de morbidade no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica como sensação de parestesia, limitação do movimento do ombro e do braço e linfedema (KOOTSTRA et al., 2010).

A técnica da biópsia do linfonodo sentinela consiste na retirada do primeiro linfonodo sentinela da região do câncer de mama específico e, por essa razão, será o primeiro sítio a receber metástases. Se o linfonodo sentinela não estiver comprometido, os outros linfonodos são preservados (PAZ, 2001).

As complicações cirúrgicas ocorrem tanto nas técnicas conservadoras quanto nas radicais utilizadas nas pacientes com diagnóstico de câncer de mama (BERGMANN et al., 2006).

O tratamento adjuvante é composto pela radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, sendo realizado após a intervenção cirúrgica (BERGMANN et al., 2006).

A radioterapia adjuvante é fundamental e, quando associada à intervenção cirúrgica, diminui o risco de recidiva loco-regional, e aumenta o tempo livre da doença, porém pode causar linfedema (SOUZA et al., 2007).

Em relação aos serviços de radioterapia, o Brasil possui 0,93 unidade de radioterapia por milhão de habitantes e nos Estados Unidos, a taxa é de 8,85 por milhão (LEE et al., 2012).

A terapia adjuvante com êxito reduz a recorrência e a mortalidade por câncer, sendo que a quimioterapia adjuvante reduz em 30% a recorrência do câncer de mama e reduz em 20% a mortalidade desse tipo de câncer (HAYES, 2012). A quimioterapia adjuvante é necessária e benéfica principalmente para as pacientes com gânglios linfáticos positivos (HAYES, 2012).

A hormonioterapia é utilizada através de agentes quimio-preventivos, que agem ligando ao receptor tumoral para estradiol, competindo assim com esse hormônio. Entre esses fármacos, encontra-se o tamoxífeno, que é utilizado em todos os estágios da doença (LEITE et al., 2011).

No Brasil, o tamoxífeno é a hormonioterapia adjuvante mais utilizada para as mulheres com câncer de mama com hormônio positivo (LEE et al., 2012).

Ao analisar os tratamentos para câncer de mama, a literatura demonstra melhores resultados em mulheres que receberam terapia hormonal, cirurgia e radioterapia do que em mulheres submetidas à cirurgia combinada a qualquer terapia (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2009).

O tratamento adjuvante é muito importante como já foi descrito acima, no entanto se sobrepõe às sequelas cirúrgicas e aumentam os riscos de complicações, não importando se é a radioterapia, quimioterapia ou a hormonioterapia (BERGMANN et al., 2006).

1.4 Linfedema

É definido como o acúmulo de fluido linfático no espaço intersticial, causando edema, sendo ocasionado por um trauma gerado no sistema linfático pela própria cirurgia do câncer de mama ou pela radioterapia (PASKETT et al., 2007; NIELSEN; GORDON; SELBY, 2008).

Após a obstrução linfática, os coletores linfáticos do braço devem trabalhar com uma resistência aumentada e a instalação do edema dependerá da fadiga e do fracasso de bombeamento dos vasos linfáticos (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004). O edema que surge após 6 meses do tratamento cirúrgico do câncer de mama é que recebe a denominação de linfedema (PAIVA et al., 2011).

O linfedema que ocorre após o tratamento do câncer de mama recebe a denominação de linfedema secundário e é a complicação mais temida, sendo incurável, progressivo, desfigura o membro, e o controle através do tratamento torna-se difícil (HAYES et al., 2007).

Na literatura cientifica, existem relatos de mulheres que desconheciam a possibilidade de uma complicação no braço, uma vez que tinham operado a mama, mostrando a necessidade de orientação quanto à possibilidade da instalação dessa sequela após o tratamento do câncer de mama (SOUZA et al., 2007).

É uma importante morbidade nas pacientes sobreviventes do câncer de mama. Gera nessas mulheres desconforto físico, angústia, prejuízo funcional do membro afetado, mudança na percepção corporal, depressão, disfunção sexual, isolamento social, alterações sensoriais no braço e a piora da qualidade de vida

(PAIVA et al., 2011; PASKETT et al., 2007; DAWES et al., 2008).

O linfedema é um fator determinante e prejudicial à saúde geral, função física, dor corpórea e vitalidade das mesmas (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

O linfedema é interpretado pelas pacientes portadoras de câncer de mama como uma referência de quem teve câncer, um sinal visível e que demonstra a doença para a sociedade (PASCOAL et al., 2010).

O linfedema pode instalar-se no membro superior homolateral à cirurgia do câncer de mama imediatamente ou anos após o tratamento empregado, entretanto, na maioria dos casos, a primeira ocorrência é no período de 18 meses após a realização do tratamento do câncer de mama (HAYES et al., 2007).

Após a instalação do linfedema, se não tratado, o volume do membro aumenta progressivamente e aumenta também a frequência de complicações relacionadas a essa sequela, pois o acúmulo de linfa leva a estagnação de proteínas e consequente fibrose, sendo um meio de cultura propício para o desenvolvimento de linfangites e erisipelas, agravando ainda mais o sistema linfático já alterado (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Os riscos de desenvolver o linfedema são: tamanho da extensão da cirurgia da mama, número de nódulos linfáticos removidos, o fato de as pacientes terem sido submetidas a tratamento adjuvante com a radioterapia, tratamento sistêmico (quimioterapia/tamoxifeno), a própria doença como estágio de diagnóstico, status patológico dos linfonodos, número de linfonodos positivos, hipertensão, uso excessivo do membro, idade, ganho de peso após a intervenção cirúrgica e infecções no braço (HAYES et al., 2007; PAIVA et al., 2011; PASKETT et al., 2007; THOMAS – MACLEAN et al., 2008; MEIRELLES, 2003).

Existem também os fatores precipitantes do linfedema como: atividades profissionais, domésticas e hábitos como depilação, higiene, remoção de cutículas, entre outros (SOUZA et al., 2007).

As pacientes com câncer de mama referem que os motivos do linfedema terem sido instalados devem-se ao esforço físico excessivo, em suas atividades diárias (realização de trabalhos do lar e manuais), e que podem causar lesões músculo-ligamentares e exaustão muscular que sobrecarregam a circulação, predispondo ao linfedema (SOUZA et al., 2007).

As mulheres portadoras do câncer de mama com idade acima dos 50 anos

possuem três vezes mais chance de ter linfedema do que uma mulher mais jovem, e as pacientes que foram submetidas à retirada de mais de 20 gânglios linfáticos possuem quatro vezes mais chance de desenvolver linfedema (HAYES et al., 2008).

A radioterapia é considerada um fator de risco para a ocorrência do linfedema, principalmente se a irradiação ocorrer na região axilar, pois esse tipo de tratamento gera bloqueio dos vasos linfáticos ou à compressão deles por fibroses causadas pelo tratamento (PAIVA et al., 2011).

A obesidade também contribui para a instalação do linfedema devido ao excesso de tecido adiposo dificultar o retorno linfático (SOUZA et al., 2007).

A mastectomia apenas — sem nenhum outro procedimento realizado — é considerada o terceiro fator de risco mais importante para ocasionar o linfedema (FU et al., 2010).

A hipertensão arterial sistêmica colabora para a instalação do linfedema, pois ocorrem alterações nos vasos sanguíneos, levando a distúrbios vasculares que podem atrapalhar a circulação linfática (SOUZA et al., 2007).

Não existe na literatura cientifica um consenso sobre o linfedema, como técnicas para mensurar e a definição sobre a sua constituição, gerando divergências na prática clinica (HAYES et al., 2008).

Pela falta de consenso cientifico, a prevalência do linfedema varia entre os estudos realizados e depende do tempo de seguimento, dos tratamentos realizados, da classificação e dos critérios usados para definir o linfedema (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Existem vários tipos de métodos para diagnosticar o linfedema, pois existem vários métodos para mensurar o volume do braço e o diagnostico também é realizado pela anamnese, pelo relato das pacientes referindo sensação de braço edemaciado, sensação de aperto em punhos e dedos ou no exame físico através da inspeção (PAIVA et al., 2011; CAMARGO; MARX, 2000).

Apesar dos sinais e sintomas indicando a presença do linfedema, 92% das pacientes portadoras de câncer de mama não recebem o diagnóstico dessa sequela e nem tratamento (FU et al., 2010).

A mensuração dos membros superiores pode ser realizada através da perimetria e medidas volumétricas. A perimetria é um procedimento realizado com fita métrica que mede ambos os membros superiores com o intuito de verificar se existe diferença na medida da circunferência dos membros (BARROS, 2009).

A mensuração do membro superior através de medidas volumétricas é obtida pelo deslocamento da água, sendo esse método baseado no principio de Archimedes, segundo o qual o volume de água deslocado é igual ao volume do objeto imerso na água, e consiste em a paciente submergir seu membro superior em um cilindro com água (KARGEARGES et al., 2003).

O emprego da perimetria e do volume do membro são métodos igualmente válidos (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

O uso de fórmulas geométricas tem sido empregado para obter volume, sendo a fórmula do cone truncado a que apresenta melhores resultados (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Com base nos achados disponíveis na literatura científica, como o estudo de Bergmann, Mattos e Koifman (2004), que buscam determinar qual o melhor método de diagnóstico e o melhor ponto de corte para definir linfedema, neste estudo são usados vários pontos de corte como diferença ≥ 2,0 cm; ≥ 2,5 cm; ≥3,0 cm e ≥ 3,5 cm entre o membro superior homolateral ao procedimento cirúrgico e o membro superior contralateral, demonstrando a falta de diretrizes existente na literatura científica, bem como do aperfeiçoamento da técnica empregada e a caracterização do melhor ponto de corte.

Quando se adota uma diferença entre os membros superiores de ≥ 2,0 cm, constitui-se um indicio de linfedema na fase inicial, propiciando o emprego de condutas que previnam o quadro de cronicidade e a instalação de sequelas físicas (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

Um estudo disponível na literatura considera a presença do linfedema quando, ao mensurar-se a circunferência dos braços, constata-se uma diferença igual ou maior de 2 cm entre o braço homolateral à intervenção cirúrgica e o braço contralateral (THOMAS – MACLEAN et al., 2008).

Na literatura, encontra-se um estudo que verificou qual o valor do melhor ponto de corte para diagnosticar o linfedema, tendo sido constatado que o melhor ponto de corte foi de 2,0 cm, com área de curva ROC de 0,91, o que foi classificado como excelente (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

As classificações do linfedema são:

- *fase 1:* edema espontaneamente reversível e que apresenta pequeno aumento de volume e sem alteração na pele;
- *fase 2:* edema espontaneamente irreversível; apresenta volume maior e

fibrose;

- fase 3: edema de grande volume, pele endurecida de aspecto de casca de laranja devido ao aumento da produção de fibrose;
- *fase 4:* edema com características de fase 3, com alterações teciduais, com linfócitos e fístulas linfáticas (CAMARGO; MARX, 2000).

O linfedema também pode ser classificado ao comparar-se os membros superiores das pacientes com câncer de mama em centímetros: menor de 3,0 cm de diferença entre os membros superiores recebe a denominação de linfedema leve; de 3,0 cm a 5,0 cm recebe a denominação de linfedema moderado, e acima de 5,0 cm recebe a denominação de linfedema severo (DEO et al., 2004).

A prevalência do linfedema na biópsia do linfonodo sentinela é de 0 a 16,8% e na linfadenectomia é de 7,1% a 56,0% (DAWES et al., 2008).

Em um estudo disponível na literatura com 100 mulheres submetidas à linfadenectomia axilar e a biópsia do linfonodo sentinela, a prevalência constatada foram respectivamente 43,3% e 25% (ARMER et al., 2003).

No Brasil, em um estudo desenvolvido em um Hospital referência em tratamento para câncer de mama, a prevalência de linfedema foi de 17,8% com média de 59 meses de cirurgia no momento da abordagem (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

O linfedema pode ser prevenido, basta que alguns cuidados sejam realizados quanto à proteção da pele do membro superior homolateral à cirurgia, evitando feridas e traumas. Orientações devem ser dadas às pacientes quanto à hidratação do membro superior, evitando-se cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirada das cutículas, depilação e compressão do braço. É necessário, ainda, que se evite carregar peso e realizar movimentos repetitivos (PAIVA et al., 2011).

O tratamento do linfedema utiliza o emprego de diferentes modalidades terapêuticas, como fisioterapia, autodrenagem e orientações com o cuidado com o membro, que solucionam apenas parcialmente esse problema (SOUZA et al., 2007).

Na literatura cientifica existe uma lacuna a respeito do linfedema e métodos efetivos de prevenção, para fomentar protocolos de reabilitação pós-operatórias e intervenções preventivas, aspirando a uma melhor qualidade de vida para as mulheres tratadas com câncer de mama (SOUZA et al., 2007).

1.5 Dor em pacientes com câncer de mama

A dor é um sintoma subjetivo, multidimensional e complexo, resultante da interação entre aspectos cognitivos, sensitivos, emocionais, culturais, bem como experiências prévias (PIMENTA; FERREIRA, 2006).

O relato da dor pelas pacientes demonstra que essa experiência só pode ser avaliada com maior precisão mediante relato de quem a sente (PEREIRA; SOUSA, 1998).

A dor em pacientes com câncer de mama é referida como estando associada ao tratamento adjuvante, como quimioterapia e radioterapia (GÄRTNER et al., 2009).

Após o tratamento do câncer de mama, frequentemente as pacientes fazem referência à dor na região da mama operada, na região axilar, no membro superior e em partes do corpo, sendo constatado que 47% das pacientes tratadas para esse tipo de câncer apresentam esse sintoma (GÄRTNER et al., 2009).

A prevalência da dor no ombro e braço após o tratamento do câncer de mama é de 9% a 68% (EBAUGH; SPINELLI; SCHMITZ, 2011).

A dor no membro superior após o tratamento do câncer de mama é comum de ocorrer, sendo caracterizada como uma neuropatia que se desenvolve em decorrência especifica do tratamento cirúrgico desse tipo de câncer e se deve, sobretudo, á lesão ou ressecção do nervo intercostobraquial, que, ao ser lesionado ou ressecado, acarreta muitas desordens sensoriais no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica (BARON et al., 2007; DINI et al., 1993).

A dor no braço é citada pela maioria das mulheres como uma complicação pós-operatória, e existe uma associação entre a presença de dor pós- tratamento do câncer de mama à limitação de movimento do ombro (SOUZA et al., 2007; ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

Um estudo concluiu que, do total das pacientes que foram submetidas ao tratamento do câncer de mama e relatam dor, metade classificou-a com intensidade de moderada a severa (GÄRTNER et al., 2009).

As mulheres mais jovens, na faixa etária de 18 a 39 anos, que foram submetidas ao tratamento cirúrgico conservador para câncer de mama apresentam mais chances de ter dor do que as mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos. No

entanto, mulheres submetidas a mastectomia apresenta maior risco de ter dor na faixa etária dos 40 a 49 anos (GÄRTNER et al., 2009). A radioterapia adjuvante aumenta as chances de as mulheres terem dor após o tratamento do câncer de mama (GÄRTNER et al., 2009).

A dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica gera forte impacto sobre a qualidade de vida e saúde emocional das pacientes portadoras de linfedema, pois o aumento do volume do membro edemaciado aumenta o peso do membro e sobrecarrega todo o sistema músculo esquelético relacionado com o movimento (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

A manifestação da dor ocorre na região medial do membro superior, tendo como sintoma a sensação de choque ou agulhada dolorosa, sendo súbita e intensa, e tem início imediatamente após a cirurgia, ou até mesmo um ano após o tratamento. Esse sintoma persiste com o repouso e aumenta durante as atividades diárias, respondendo muito pouco aos fármacos (HOJRIS et al., 2000; JUNG et al., 2003).

Os fatores agravantes da dor são: movimentação do membro superior ipsilateral a intervenção cirúrgica, elevação ou qualquer tipo de pressão e movimentação da cintura escapular. Já os fatores atenuantes são: repouso; massagem e terapêutica medicamentosa (COUCEIRO et al., 2009).

Os instrumentos utilizados para mensurar a dor são os instrumentos unidimensionais, que permitem medir a dor considerando apenas uma dimensão e os instrumentos multidimensionais, os quais permitem a mensuração da dor considerando duas ou mais dimensões (PEREIRA; SOUSA, 1998).

1.6 Qualidade de vida relacionada à saúde

O grupo de Qualidade de Vida (QV) da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL), que estuda qualidade de vida, definiu este construto como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, ficando implícito nessa definição que o conceito de QV é multidimensional, incluindo elementos de avaliação positivos e negativos (WHOQOL,

1995; FLECK, 1999).

A palavra “Qualidade de vida ligada à saúde” — tradução da palavra inglesa Health-Related Quality of Life” — é utilizada na área da saúde para avaliar qualidade de vida em situações de saúde, ou seja, o quanto o tratamento e a doença influenciam a vida do indivíduo. Assim entendemos Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), como QV no contexto de saúde ou doença (FAYERS; MACHIN, 2007).

A QVRS é um conceito específico e envolve vários fatores da vida do individuo, sendo definida como um ótimo nível das funções mental, física, social, da posição na vida real, incluindo relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida e bem-estar, satisfação do paciente com o tratamento, com os resultados, estado de saúde e perspectivas futuras (BOWLING, 2001).

O grupo European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) define QVRS em relação aos elementos centrais do estado funcional, sintomas do câncer e específicos do tratamento, angústia psicológica, interação social, impacto financeiro, estado de saúde percebida e QV (BOWLING, 2001).

A QVRS também é definida como um conceito multidimensional, medindo diferentes aspectos ou domínios da vida, que incluem bem-estar físico, psíquico, social e funcional. No entanto, trata-se de um conceito subjetivo e variável, que depende da interpretação do paciente sobre o seu status de saúde (CELLA, 1994).

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

Para mensurar a QVRS existem vários instrumentos disponíveis na literatura científica como os genéricos — utilizados em qualquer condição de saúde — e os específicos, usados para uma determinada condição de saúde ou doença, como, por exemplo, o câncer de mama (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Os tratamentos do câncer de mama trazem efeitos colaterais que influenciam a QVRS das pacientes submetidas a esse tratamento. Entre 20% a 30% das pacientes sobreviventes do câncer de mama apresentam diminuição da qualidade de vida (KOOTSTRA et al., 2008).

Uma revisão sistemática sobre as medidas de qualidade de vida nas

cirurgias de câncer de mama encontrou 225 medidas de resultados relatados pelos pacientes (PRO). Desses, 134 eram de instrumentos genéricos, 63 questionários Ad hoc que não foram validados, 11 questionários de conhecimentos educativos, 5 questionários de cirurgia cosmética da mama e 2 questionários de língua não inglesa. Do total de instrumentos encontrados, 10 medidas de PRO mensuravam a satisfação da qualidade de vida em cirurgia de câncer de mama que foram devidamente validados. Cinco instrumentos foram considerados melhores para mensurar esse construto, sendo: o EORTC QLQ BR 23 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life questionnaire – Breast Cancer Module), FACT – B (Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast Cancer), HBIS (Hopwood Body Image Scale), BIBCQ (Body Image after Breast Cancer Questionnaire) e o BREAST – Q (Breast questionnaire) (CHEN et al., 2010).

Um estudo que utilizou o instrumento EORTC QLQ C30 demonstrou que pacientes com câncer de mama apresentam consideráveis mudanças na QV geral em suas várias dimensões, como: problemas físicos, emocionais, sociais, com suas famílias e em atividades diárias, devido à própria doença, bem como às formas de tratamento (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia) (NICOLUSSI, SAWADA, 2011).

Uma pesquisa que examinou a associação da QV com mortalidade e recorrência nos sobreviventes após o diagnóstico de câncer de mama concluiu que o bem-estar social no primeiro ano após o diagnóstico de câncer é um significante fator prognóstico para a mortalidade e recorrência do câncer, sugerindo a possibilidade de uma intervenção que melhore o suporte social para as mulheres após o diagnóstico para melhorar os resultados do tratamento (EPPLEIN et al., 2011).

Uma pesquisa que avaliou a QV após dois anos de as pacientes terem sido submetidas à biópsia do linfonodo sentinela ou à dissecção axilar imediata ou tardia de câncer de mama demonstrou que os tumores foram significativamente menores no grupo da biópsia do linfonodo sentinela do que na ressecção axilar. No grupo da dissecção axilar, a remoção de nódulos foi significantemente maior. No grupo da biópsia do linfonodo sentinela, o escore de QV, mensurado pelo EORTC QLQ C30, foi melhor do que o grupo de ressecção axilar e os escores de depressão também foram significativamente correlacionados com a QV global e escores de depressão (NAKIB et al., 2010).

As mulheres jovens sobreviventes do câncer de mama com linfedema possuem uma pior qualidade de vida se comparadas com mulheres sem linfedema que também tiveram câncer de mama. Da mesma forma, a qualidade de vida de mulheres que tiveram complicações ou fizeram terapia sistêmica para o câncer de mama é pior nas funções emocional e cognitiva do que de mulheres portadoras desse tipo de câncer que fizeram a terapêutica acima descrita e que não tiveram complicações (PASKETT et al., 2007; KOOTSTRA et al., 2008).

Vários estudos, como o de Kootstra e colaboradores (2008), relatam que mulheres portadoras de câncer de mama submetidas à biópsia do linfonodo sentinela apresentam melhor qualidade de vida se comparadas com as pacientes que foram submetidas à linfadenectomia axilar, e que as pacientes submetidas à biópsia do linfonodo sentinela após 2 anos de cirurgia apresentam qualidade de vida semelhante a que tinham no pré-operatório (KOOTSTRA et al., 2008).

A QVRS de mulheres com câncer de mama sofre modificações em relação ao tipo de intervenção cirúrgica que foram submetidas, sendo que a mastectomia comparada com as cirurgias conservadoras provocou a diminuição da imagem corporal e função sexual. Também existe uma relação negativa em alguns domínios da QVRS em relação às terapias sistêmicas como a quimioterapia, bem como as terapias hormonais adjuvantes, devido aos efeitos adversos causados (NICOLUSSI; SAWADA, 2011). Um estudo que utilizou o EORTC QLQ C30 para avaliar a QVRS de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante concluiu que pacientes maiores de 60 anos apresentaram piores escores na função emocional (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

As mulheres portadoras de câncer de mama com problemas no ombro e braço apresentam pior qualidade de vida nos domínios físico e mental (NESVOLD; REINERTSEN, 2011).

No estudo realizado com pacientes com câncer de mama que utilizaram como instrumento EORTC QLQ C30, constatou-se que, na escala de saúde geral, as pacientes consideraram sua QV pouco satisfatória. Nas funções (física, cognitiva, social e desempenho de papéis), indicaram um nível de regular a satisfatório; na função emocional, percebeu-se que as pacientes expressaram estar preocupadas, deprimidas, tensas e/ou irritadas; na escala de sintomas ocorreu predominância nos sintomas de dor, fadiga, perda de apetite, constipação, náusea, vômito, dispneia, sendo a diarreia um sintoma menos frequente (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Os estudos de QVRS contribuem para o impacto físico, psicossocial e disfunções tanto para avaliar incapacidades, planejar estratégias que melhorem as condições afetadas pela doença e pelo tratamento quanto — por meio dos resultados dessas pesquisas — ajudam a aprovar e definir tratamento e avaliar custo/benefício do cuidado prestado (NICOLUSSI; SAWADA, 2011; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Assim, o aumento do número de estudos sobre QVRS demonstram que os pesquisadores estão preocupados em avaliar como e em quais aspectos as enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos e, com isso, planejar as intervenções de enfermagem para reabilitação desses pacientes (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; ZANDONAI; SONOBE; SAWADA, 2012).

1.7 Fisioterapia e câncer de mama

O papel da fisioterapia após o tratamento do câncer de mama está voltado para os aspectos da prevenção e orientação, com a finalidade de minimizar e tratar os efeitos adversos desse tipo de tratamento. A fisioterapia quando iniciada precocemente contribui para o retorno das atividades de vida diária e melhora a qualidade de vida das pacientes submetidas a esse tipo de tratamento (BERGMANN et al., 2006).

A fisioterapia deve ser empregada em todas as fases do tratamento do câncer de mama, que são: pré-operatória (diagnóstico e avaliação), durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e hormonioterapia), durante o seguimento, na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada fase, deve-se conhecer e identificar as necessidades dos pacientes, os sintomas, as causas, como também o impacto nas atividades de vida diária (BERGMANN et al., 2006).

No pré-operatório, as pacientes são orientadas quanto à postura no pós-cirúrgico e como cuidar do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, e também da importância da aderência à reabilitação (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

As orientações quanto ao cuidado com o membro superior homolateral a

intervenção consistem em proteger a pele do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica de traumas e ferimentos, no entanto as pacientes devem ser instruídas com relação à vida doméstica, profissional, de lazer, a automassagem, que é ensinada para melhorar as vias secundárias de drenagem da linfa (BERGMANN et al., 2006).

No pós-operatório, a avaliação fisioterápica é importante para verificar se existem possíveis alterações neurológicas ocorridas no ato cirúrgico, presença de dor, edema linfático precoce e alterações no sistema respiratório. Na fase de seguimento e durante as terapias adjuvantes em que já se encontra em domicilio, a paciente deve tentar detectar precocemente as complicações com a postura, sistema linfático e com a função motora e respiratória (BERGMANN et al., 2006).

As pacientes com câncer de mama relatam redução da força dos músculos flexores de cotovelo, dos músculos abdutores de cotovelo e da redução da capacidade de fazer o movimento de garra (DAWES et al., 2008).

O tratamento do linfedema restringe a redução do volume do membro com o uso de fármacos e de métodos de fisioterapia. Os vários métodos de intervenção para o linfedema são a automassagem linfática, a elevação, a massagem, os exercícios linfomiocinéticos, o enfaixamento compressivo, as orientações específicas relacionadas aos cuidados com a pele e muitas combinações de terapias no membro que apresenta essa condição crônica (DAWES et al., 2008; BERGMANN et al., 2006).

As pacientes submetidas ao tratamento fisioterápico diminuem o período de recuperação, retornam mais rapidamente às atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas, minimiza possíveis complicações pós-operatórias e aumentam a qualidade de vida (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

O tratamento fisioterápico proporciona bons resultados para amenização da dor do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, pois ao reduzir o volume do membro consequentemente reduz a dor (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

O tratamento fisioterápico para dor consiste em cinesioterapia ativa-assistida, alongamento global, relaxamento cervical, automassagem linfática, deslocamento cicatricial e orientações específicas (BERGMANN et al., 2006).

É também papel da fisioterapia como também dos outros profissionais da saúde que trabalham com mulheres com câncer de mama orientar sobre a

importância da automassagem diária, pois estimula a circulação linfática, evitando a concentração proteica (SOUZA et al., 2007).

A fisioterapia também auxilia na reeducação sensitiva através de técnicas manuais realizadas pelo profissional ou pelo próprio paciente com orientação de um profissional. As técnicas podem ter auxílio de materiais como bola terapêutica, kit de diferentes texturas e drenagem linfática (ORNELAS; RODRIGUES; UEMURA, 2009).

O cuidado ao paciente com câncer requer uma abordagem multiprofissional em que ocorra a articulação de saberes e a divisão do trabalho. Nessa perspectiva, esse trabalho tem o objetivo de contribuir para o avanço do conhecimento da fisioterapia e do cuidado ao paciente com câncer de mama.

1.8 Distúrbios sensoriais após o câncer de mama

A sensação de distúrbio sensorial ocorre no período de 1 a 3 anos pós-cirúrgico em 58% das mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama e essas alterações não possuem correlação com a quimioterapia adjuvante ou com a radioterapia adjuvante (GÄRTNER et al., 2009).

As alterações de sensibilidade estão presentes em mulheres com câncer de mama que desenvolveram linfedema. Mesmo após o tratamento do linfedema, continuam a apresentar essas alterações, sendo a queixa de hipoestesia bastante comum na prática ambulatorial (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

O ato cirúrgico gera alterações como a parestesia no trajeto do nervo intercostobraquial a intercostobraquialgia (BERGMANN; MATTOS; KOIFMANN, 2004).

O nervo intercostobraquial possui o ramo cutâneo lateral que, lateralmente, insere na axila e inerva esse local, faz anastomose com o nervo cutâneo medial do braço e inerva a face medial do braço. O ramo cutâneo lateral desse nervo gera um segundo nervo intercostobraquial (PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

A secção do nervo intercostobraquial produz anestesia prolongada na axila e hipoestesia na parte proximal do braço. Em alguns casos, a preservação desse nervo não é possível devido à lesão acidental do nervo durante a intervenção

cirúrgica ou comprometimento linfonodal metastático (PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

As alterações da sensibilidade mencionadas acima estão relacionadas ao procedimento da linfadenectomia axilar, sendo uma complicação tardia desse tipo de intervenção (ORNELAS; RODRIGUES; UEMURA, 2009; PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

Em estudo realizado no Brasil, notou-se que a preservação do nervo intercostobraquial nas pacientes submetidas à linfadenectomia axilar se faz necessária, pois diminui a morbidade e acarretam melhor QV às pacientes do estudo, com maior preservação da integridade da sensibilidade cutânea na porção súpero-medial do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica (PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

2.REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo tem como referencial teórico, o modelo de QV para sobreviventes de câncer, proposto por Ferrel, Dow e Grant (1995), que é aplicado para mensurar os domínios de bem-estar físico, psicológico, aspectos de bem-estar social e espiritual, com o pressuposto de que existe uma relação entre esses domínios, sendo que uma alteração em qualquer um desses domínios poderá afetar a qualidade de vida como um todo.

Esse modelo adota os seguintes domínios:

- O bem-estar físico é denominado como o controle ou alívio dos sintomas e a manutenção da função e da independência.
- O bem-estar social é denominado como uma forma de visualizar não apenas o câncer com os seus sintomas, mas também o significado ocasionado pelo impacto da doença e tratamento sobre a pessoa com câncer, a perda de papéis e relacionamentos.
- O bem-estar psicológico é denominado como a busca por um sentido de controle diante das ameaças da vida pela doença, caracterizada pelo estresse emocional que modifica as prioridades da vida, gerando o medo do desconhecido, bem como as mudanças positivas da vida.
- O bem-estar espiritual caracteriza-se pelas dimensões existenciais e religiosas norteadas pelos sentidos de incertezas, desesperanças, objetivos de vida, mudanças espirituais positivas, aumento do significado de vida e importância das atividades espirituais (FERREL; DOW; GRANT, 1995).

O modelo de qualidade de vida proposto por Ferrel, Dow e Grant (1995) está representado na ilustração 1.

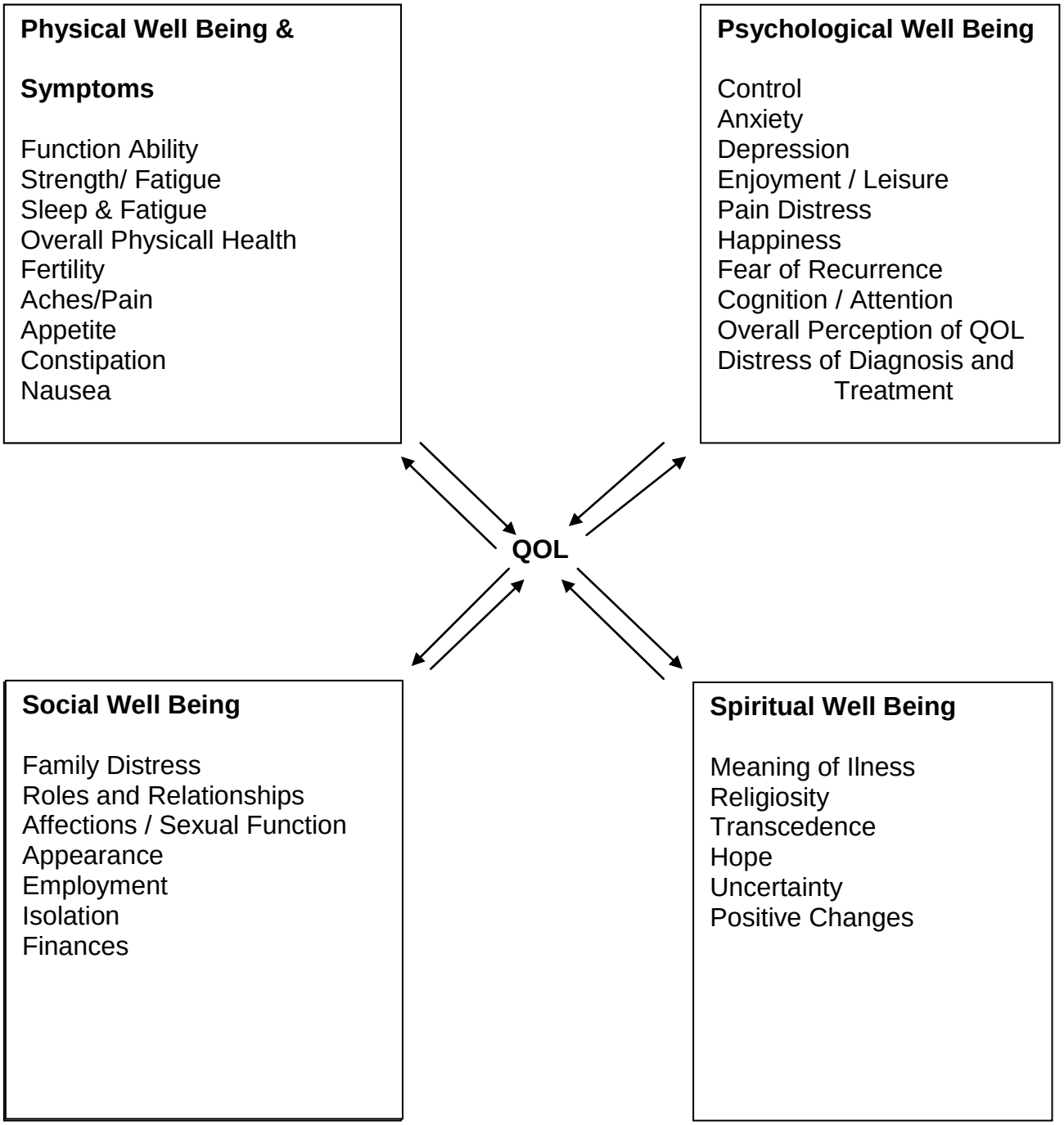

Ilustração 1 – Modelo de Qualidade de Vida para sobreviventes do câncer. Fonte: FERRELL, B. R.; DOW, K. W.; GRANT, M. Measurement of quality of life in cancer survivors, 1995.

Para verificar a presença da dor, do linfedema e avaliar os domínios de QVRS, foi utilizada a Escala Visual Analógica, a mensuração da Perimetria e o instrumento EORTC QLQ C30. A análise dos resultados será realizada à luz desse referencial.

O grupo EORTC define a QVRS em relação aos elementos centrais do estado funcional, sintomas do câncer e específicos do tratamento, angústia psicológica, interação social, impacto financeiro, estado de saúde percebida e QV (BOWLING, 2001).

No instrumento EORTC QLQ C30 são abordados a função física, a função cognitiva, a função emocional, a função social, o desempenho de papéis, as escalas de sintomas, os sintomas relacionados ao câncer, a escala de saúde global/ QV e a dificuldade financeira.

Diante disso, afirmamos que o uso do instrumento EORTC QLQ C30 deve-se ao fato de apresentar domínios similares ao usado por Ferrel, Dow e Grant (1995), que foi o marco referencial adotado para a construção deste estudo e por esses instrumentos já terem sido validados para a cultura brasileira.

Este estudo justifica sua relevância, pois existe um grande número de mulheres após o câncer de mama, que são acometidas pela dor e linfedema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Além disso, esses sintomas podem interferir na QVRS dessas pacientes.

3. OBJETIVOS

3. 1 Objetivo Geral

- Avaliar a presença da dor e do linfedema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica em mulheres pós-tratamento do câncer de mama e avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dessas mulheres em acompanhamento em um hospital público do interior do estado de São Paulo e de uma Fundação Filantrópica do interior do estado de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil (sociodemográfico e clínico) das pacientes com câncer de mama pós-tratamento dessa doença nas duas instituições.
- Avaliar a presença do linfedema e da dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica em mulheres pós-tratamento do câncer de mama.
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pacientes com câncer de mama pós-tratamento da doença.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e com corte transversal.

4.2 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, e aprovado em sua 318ª Reunião Ordinária, realizada em 06 de julho de 2010, conforme o processo n^0 6066/2010 (ANEXO 1) e posto à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos, e aprovado conforme o processo n^0 418/2010 em 20 de dezembro de 2010 (ANEXO 2).

Os sujeitos da pesquisa foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, procedimentos envolvidos, riscos, seus direitos e cuidados garantidos, sendo-lhes assegurado que, independente de sua participação, seu tratamento de saúde não seria prejudicado, e assim após concordarem em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), com a garantia de anonimato dos entrevistados, conforme a Resolução 196/196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996).

4.3 Local

O estudo foi realizado no ambulatório do setor de Mastologia de um hospital público do interior do estado de São Paulo e na Fundação Filantrópica do interior do Estado de São Paulo no setor de Fisioterapia.

4.4 População

Pacientes com câncer de mama que após o tratamento fizeram seguimento médico da doença neoplásica.

4.5 Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 181 pacientes com câncer de mama, conforme os critérios de inclusão:

- pacientes adultos, maiores de 18 anos, do sexo feminino;
- em condições clínicas e com funções cognitivas preservadas, avaliadas por perguntas como nome, endereço, idade e data de nascimento;
- pacientes que tenham sido submetidas ao tratamento do câncer de mama e que no momento da abordagem do estudo ainda estavam em seguimento da doença neoplásica.

Foram excluídas deste estudo as pacientes com déficit mental que pudesse dificultar a compreensão e/ou participação do estudo, bem como pacientes cujos registros e/ou dados de prontuários estavam incompletos, inconsistentes ou insatisfatórios, bem como aquelas que se recusaram a participar da pesquisa.

4.6 Coleta dos dados

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora por meio de entrevistas estruturadas e individuais, com preenchimento dos questionários e instrumentos, mediante as respostas das participantes.

Ao término das entrevistas, todas as pacientes receberam orientação verbal para prevenção e detecção precoce do linfedema, sendo também todas encaminhadas ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) com

consentimento verbal prévio da responsável por este serviço, Prof[a.] Dr[a.] Ana Maria de Almeida.

As entrevistas foram realizadas em dois momentos distintos. No período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012, no hospital de nível terciário do interior do Estado de São Paulo. No período de abril de 2011 a junho de 2011, em fundação filantrópica do interior do Estado de São Paulo, sendo todas as entrevistas realizadas no período da manhã, com duração de aproximadamente 50 minutos. Os instrumentos realizados foram: European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Core – 30 Questionnaire (EORTC QLQ C30) para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (ANEXO 3), Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar a dor do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica (ANEXO 4) e um questionário construído para caracterização sociodemográfica e clínico das pacientes (APÊNDICE 2).

4.7 Instrumentos para Coleta dos Dados

Para a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos do estudo, foi construído um questionário (APÊNDICE 2) que abordava os dados sociodemográficos (nome, registro, data de nascimento, estado civil, nível de escolaridade, ocupação profissional, procedência, data da entrevista, data da cirurgia), os dados clínicos e terapêuticos (tipo histológico do tumor, tipo de abordagem cirúrgica, lado acometido da mama, realização de reconstrução mamária, localização primária do tumor, receptores hormonais, estadiamentos clínico e patológico, número de gânglios linfáticos retirados, número de gânglios linfáticos acometidos, tamanho do tumor em exames radiológicos antes da abordagem cirúrgica e tamanho do tumor descrito no exame anatomopatológico, comorbidades, seroma, tratamentos neoadjuvantes e adjuvantes e metástases), e também perguntas que abordavam a presença das morbidades do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica da mama (linfedema, dor, sensação de peso e sensação de formigamento) e perimetria. Após a construção, o questionário passou por validação de face e de conteúdo por três especialistas da área do estudo, tendo sido acatadas todas as mudanças sugeridas pelos especialistas.

A validação de face é realizada para verificar se realmente o questionário construído é apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir. O questionário foi submetido a validação para constatar se os itens propostos do instrumento atendiam aos objetivos propostos e para verificar se a aparência e o conteúdo dos instrumentos estavam adequados (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A validação de aparência ou de face é uma forma subjetiva de validar o instrumento, sendo uma avaliação da clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação dos instrumentos (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Quanto ao número ímpar de profissionais para realizarem a validação de face e conteúdo, foi induzido, pois alguns estudos demonstram essa necessidade para evitar questionamentos dúbios (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

A perimetria é o procedimento adotado para o diagnóstico do linfedema. Consiste na mensuração dos membros superiores com uma fita métrica, que parte da linha do cotovelo. A cada 7,0 cm, faz-se uma marca, de forma a se obter três pontos, sendo que o terceiro ponto é marcado a partir do segundo ponto, com a distância necessária para atingir a linha da axila, podendo ou não ultrapassar os 7,0 cm. O mesmo procedimento é realizado no antebraço, marcando 7,0 cm a partir do cotovelo, sendo o terceiro ponto marcado a uma distância necessária para se atingir a linha do punho. Essa foi a forma adotada para mensurar o linfedema neste estudo (BARROS, 2009), em que se adotou, também, o ponto de corte para o diagnóstico do linfedema como uma diferença ≥ 2,0 cm entre os membros superiores em pelo menos um dos pontos onde a mensuração foi realizada, sendo adotada a medida acima referida, pois o estudo teve o interesse de abordar o maior número possível de pacientes com linfedema e englobar o linfedema em todas as fases. Este estudo considerou linfedema apenas a diferença ≥ 2,0 cm entre os membros superiores, constatada após 6 meses de cirurgia, pois antes desse período, caso se instale o edema, é considerado processo biológico gerado pela própria intervenção cirúrgica (BERGMANN; MATTOS; KOIFMANN, 2004).

Recentes pesquisas consideram significativo o linfedema a partir de 2,0 cm de diferença entre o membro superior homolateral a intervenção cirúrgica e o membro superior contralateral a intervenção cirúrgica (SOUZA et al., 2007).

A perimetria foi realizada em todas as pacientes com uma fita métrica

única e pela mesma investigadora.

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste de uma linha reta frequentemente com 10,0 cm de comprimento, e com extremidades com categoria verbal ou âncora identificando o mínimo e o máximo, sendo pedido à paciente que faça ao longo da linha um representativo da variável estimada, sendo uma escala confiável para ser usada para verificar a intensidade da dor (HUSKISSON, 1983; SEYMOR et al., 1985; BORG, 1998).

Para poder usar o EORTC QLQ C30 no estudo, foi solicitada autorização ao grupo EORTC, que prontamente autorizou e também enviou os manuais com as fórmulas para calcular os escores dos instrumentos EORTC QLQ C30.

O instrumento EORTC – QLQ C30 (versão 3.0) mensura qualidade de vida relacionada à saúde; é um instrumento específico em pacientes com câncer. Foi desenvolvido por Aaronson (1988) e a versão 3.0 foi publicada por Aaronson, Azmedzai e Bergman (1993) e pertence ao grupo EORTC, sendo validado no Brasil no estudo de Brabo (2006). É constituído por 30 itens compostos por escalas com múltiplos itens e medidas de item único que visam refletir a multidimensionalidade do construto QV. Possui 5 escalas funcionais: função física, função cognitiva, função emocional, função social e desempenho de papéis; três escalas de sintomas: fadiga, dor, náusea e vômitos; uma escala de QV e saúde global; seis outros itens que avaliam sintomas comumente relatados por doentes com câncer (dispneia, falta de apetite-anorexia, insônia, constipação e diarreia) e a escala de avaliação do impacto financeiro do tratamento e da doença, que avaliam o paciente nas últimas duas semanas (BRABO, 2006).

As respostas são apresentadas em forma de escala do tipo Likert, com as seguintes pontuações: 1 – não, 2 – pouco, 3 – moderadamente, 4 – muito, com exceção da Escala de Saúde Global, que é composta por duas perguntas que pedem ao paciente que classifique a sua saúde geral e a QV na última semana por uma nota de 1 a 7 (1 – péssima e 7 – ótima). Para o cálculo do escore, ocorre uma divisão do questionário em 3 escalas: Escala de Saúde Global (ESG) com as questões 29 e 30; Escala Funcional com questões de 1 a 7 e 20 a 27; Escala de Sintomas (ES) com questões de 8 a 19 e 28, sendo que os escores das escalas são calculados separadamente variando de zero a 100. Um alto valor do escore representa um nível funcional saudável, enquanto um escore alto na escala de sintomas representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais. Os escores

do EORTC QLQ C30 estão descritos na ilustração 2.

Escala	Questão	Item	Nível#	Escore mínimo	Escore máximo
Medida Global de Saúde					
EGS/QV	29 e 30	2	6	Condição física e QV ruim	Condição física e QV excelente
Escalas Funcionais					
Função Física	1 a 5	5	3	Confinada a cama, necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se e comer	Pode realizar atividades físicas pesadas sem dificuldades
Desempenho de Papéis	6 e 7	2	3	Impedido de trabalhar ou realizar atividades de lazer	Não apresenta limitações no trabalho ou no lazer
Função Emocional	21 e 24	4	3	Sente-se muito irritado, tenso deprimido e preocupado	Não se sente irritado, tenso, deprimido e preocupado
Função Cognitiva	20 e 25	2	3	Apresenta muita dificuldade em concentrar-se e recordar informações	Não apresenta dificuldade de concentração e de memória
Função Social	26 e 27	2	3	A condição física e o tratamento interferem muito na vida familiar e em atividades sociais	A condição física e o tratamento não interferem na vida familiar e em atividades sociais
Escalas de Sintomas					
Fadiga	10,12 e 18	3	3	Não se sente cansado ou fraco e não necessita descansar	Sente-se muito fraco e cansado e necessita descansar a maior parte do tempo
Náusea e vômito	14 e 15	2	3	Não apresenta náusea ou vômito	Sente-se muito nauseado e vomita muito
Dor	9 e 19	2	3	Não sente dor	Apresenta muita dor que interferem em todas as atividades
Sintomas					
Dispnéia	8	1	3	Não apresenta dispnéia	Apresenta dispnéia severa
Insônia	11	1	3	Não apresenta dificuldade para dormir	Não consegue dormir
Perda de apetite	13	1	3	Apetite conservado	Anorexia severa
Constipação	16	1	3	Sem constipação	Constipação severa
Diarréia	17	1	2	Sem diarréia	Diarréia severa
Item					
Dificuldades financeiras	28	1	3	A condição física e o tratamento não provocam dificuldades financeiras	A condição física e o tratamento provocam dificuldades financeiras

#É o valor da diferença entre a maior e a menor resposta possível para cada item. Fonte: Fayers, P.M. et al. The EORTC QLQ – C30 Scoring Manual (3rd Edition), 2001

Ilustração 2 – Escores dos domínios do EORTC QLQ C30

4.8 Análise dos Dados

As informações colhidas das pacientes na entrevista foram armazenadas em um banco de dados do aplicativo Excel e validadas por meio de dupla digitação.

Foi realizada a estatística descritiva dos dados sociodemográficos, de alguns dados clínicos (tipo histológico do tumor, tamanho do tumor, número de gânglios retirados e número de gânglios acometidos, estadiamento, tratamento adjuvante, tipo de intervenção cirúrgica, metástases, recidivas e comorbidades). Da Escala Visual Analógica, para verificar a presença da dor e para perimetria, foi calculada a média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo. A frequência e porcentagem foram calculadas para o lado da mama acometido pelo câncer, receptores hormonais, quimioterapia neoadjuvante, reconstrução mamária, acometimentos no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, linfedema e dor.

Para o instrumento EORTC QLQ C30 foi realizado o cálculo dos escores dos domínios através da fórmula do Manual desse instrumento e calculada a média e desvio padrão dos domínios do instrumento.

5. RESULTADOS

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, as pacientes foram divididas em dois grupos: Grupo 1 e Grupo 2. O Grupo 1 foi constituído por 86 pacientes provenientes da coleta parcial de dados de hospital público do interior do Estado de São Paulo; o Grupo 2 foi constituído por 95 pacientes provenientes da coleta parcial de dados de fundação filantrópica do interior do Estado de São Paulo.

5.1 Caracterização sóciodemográfica dos sujeitos

O Grupo 1, constituído por 86 (100%) pacientes, do sexo feminino, com idade mínima de 25 anos e a idade máxima de 80 anos, com média de idade de 54,09.

Em relação ao estado civil desse grupo, 13 (15,11%) pacientes eram solteiras, 46 (53,48%) pacientes eram casadas, 16 (18,60%) pacientes eram separadas, 10 (11,62%) pacientes eram viúvas e em 1 (1,16%) paciente esse dado foi omitido.

Quanto à escolaridade das pacientes desse grupo, 4 (4,65%) eram analfabetas, 45 (52,32%) possuíam o ensino fundamental incompleto, 10 (11,62%) tinham ensino fundamental completo, 5 (5,81%) com ensino médio incompleto, 15 (17,44%) com ensino médio completo, 3 (3,48%) com ensino superior incompleto e 4 (4,65%) com ensino superior completo.

Observou-se que em relação à ocupação do grupo, ocorreu um predomínio no setor de trabalho doméstico com 64 (74,41%) pacientes inseridas nesse tipo de atividade, 6 (6,97%) pacientes eram autônomas, 6 (6,97%) pacientes trabalhavam no comércio, 4 (4,65%) pacientes estavam aposentadas, 2 (2,32%) pacientes omitiram esse dado, 2 (2,32%) pacientes trabalhavam no setor público, 1 (1,16%) paciente trabalhava em indústria e 1 (1,16%) paciente era trabalhadora rural.

Em relação ao local de residência fixa no momento da abordagem do estudo, 79 (91,86%) pacientes eram do Estado de São Paulo, 3 (3,48%) pacientes do Estado de Minas Gerais, 2 (2,32%) pacientes do Estado da Bahia, 1 (1,16%) paciente do Estado do Mato Grosso do Sul e 1 (1,16%) paciente do Estado de Goiás.

O Grupo 2, constituído por 95 (100%) pacientes, do sexo feminino, com idade mínima de 20 anos e a idade máxima de 83 anos, com média de idade de 52,81.

Constatou-se em relação ao estado civil desse grupo, 10 (10,52%%) pacientes eram solteiras, 61 (64,21%) pacientes eram casadas, 13 (13,68%) pacientes eram viúvas e 11 (11,57%) pacientes eram separadas.

Em relação à escolaridade do grupo, 2 (2,10%) pacientes eram analfabetas, 33 (34,73%) pacientes tinham ensino fundamental incompleto, 9 (9,47%) pacientes tinham ensino fundamental completo, 12 (12,63%) pacientes com ensino médio incompleto, 24 (25,26%) pacientes com ensino médio completo, 2 (2,10%) pacientes com ensino superior incompleto e 13 (13,68%) pacientes com ensino superior completo.

Quanto à ocupação profissional, observou-se que 52 (54,73%) pacientes executavam trabalho doméstico, 13 (13,68%) pacientes trabalhavam no comércio, 12 (12,63%) pacientes no setor público, 11 (11,57%) pacientes eram autônomas, 4 (4,21%) pacientes do setor rural, 2 (2,10%) pacientes trabalhavam na indústria e 1 (1,05%) paciente era estudante.

Verificou-se, em relação ao local de residência fixa no momento da abordagem do estudo, que: 61 (64,21%) pacientes eram do Estado de São Paulo, 14 (14,73%) pacientes eram do Estado de Minas Gerais, 8 (8,42%) pacientes eram do Estado de Rondônia, 5 (5,26%) pacientes do Estado de Goiás, 3 (3,15%) pacientes do Estado do Mato Grosso, 1 (1,05%) paciente do Estado do Mato Grosso do Sul, 1 (1,05%) paciente do Estado da Bahia, 1 (1,05%) paciente do Estado do Pará e 1 (1,05%) paciente do Distrito Federal.

Ao observar os dados da população do estudo acima descritos, verificou-se que 78 (43,09%) pacientes possuem ensino fundamental incompleto, 107 (59,11%) pacientes são casadas, verificando-se um predomínio nesse tipo de relação consensual, 116 (64,08%) pacientes desempenham atividades domésticas, 140 (77,34%) pacientes tinham residência fixa no Estado de São Paulo no momento da abordagem do estudo, sendo esse fato compreendido e entendido, pois a coleta foi realizada em duas instituições do interior do Estado de São Paulo, justificando a maioria das pacientes ser proveniente desse Estado.

Para melhor visualização da análise descritiva da caracterização sociodemográfica, foi construída a tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica. Ribeirão Preto – SP, 2011 - 2012

Variáveis	N (%) Grupo 1	N(%) Grupo 2
Sexo		
Feminino	86 (100%)	95 (100%)
Idade (anos)		
Média	54,09	52,81
Mínima	25	20
Máxima	80	83
Estado Civil		
Solteira	13 (15,11%)	10 (10,52%)
Casada	46 (53,48%)	61 (64,21%)
Viúva	10 (11,62%%)	13 (13,68%)
Separada Consensual	16 (18,60%)	11 (11,57%)
Omissão deste Dado	1 (1,16%)	0
Escolaridade		
Analfabeto	4 (4,65%)	2 (2,10%)
Ensino fundamental incompleto	45 (52,32%)	33 (34,73%)
Ensino fundamental completo	10 (11,26%)	9 (9,47%)
Ensino médio incompleto	5 (5,81%)	12 (12,63%)
Ensino médio completo	15 (17,44)	24 (25,26%)
Ensino superior incompleto	3 (3,48%)	2 (2,10%)
Ensino superior completo	4 (4,65%)	13 (13,68%)
Ocupação Profissional		
Trabalho doméstico	64 (74,41%)	52 (54,73%)
Comércio	6 (6,97%)	13(13,68%)
Autônomo	6 (6,97%)	11(11,57%)
Aposentado	4 (4,65%)	0
Funcionário Público	2 (2,32%)	12 (12,63%)
Dado Omitido	2 (2,32%)	0
Trabalhador Rural	1 (1,16%)	4 (4,21%)
Indústria	1 (1,05%)	2 (2,10%)
Estudante	0	1 (1,05%)

5.2 Caracterização clínica dos sujeitos

Para clarificar a descrição e exposição da caracterização clínica, foram criados subitens.

5.2.1 Lado da mama acometido, tipo de cirurgia, tipo de câncer de mama, receptores hormonais

Em relação ao lado da mama acometido pelo câncer, verificou-se neste estudo (n=181), 51,93% das pacientes apresentaram a doença na mama esquerda e 48,06% das pacientes apresentaram a doença na mama direita, sendo que no Grupo1 – 47 (54,65%) pacientes tiveram a mama esquerda comprometida e 39 (45,34%) pacientes tiveram a mama direita comprometida, e no Grupo 2 – 48 (50,52%) pacientes tiveram a mama direita comprometida, e 47 (49,47%) pacientes, a mama esquerda comprometida.

As pacientes deste estudo foram submetidas a vários tipos de intervenção cirúrgica como: 41 (22,65%) à mastectomia simples com esvaziamento axilar, 29 (16,02%) à tumorectomia com esvaziamento axilar, 26 (14,36%) à quadrantectomia com esvaziamento axilar, 25 (13,81%) à mastectomia a Patey com esvaziamento axilar, 16 (8,83%) à quadrantectomia com biópsia do linfonodo sentinela, 12 (6,62%) à mastectomia a Madden com esvaziamento axilar, 11 (6,07%) à mastectomia simples com biópsia do linfonodo sentinela, 9 (4,97%) à tumorectomia com biópsia do linfonodo sentinela, 5 (2,76%) à mastectomia a Halsted com esvaziamento axilar, 3 (1,65%) apenas à tumorectomia, 2 (1,10%) apenas a esvaziamento axilar, 1 (0,55%) à mamoplastia com esvaziamento axilar e 1 (0,55%) a setorectomia.

Das 181 (100%) pacientes deste estudo, 141 (77,90%) foram submetidas à linfadenectomia axilar ou esvaziamento axilar.

No Grupo 1, observou-se predomínio da mastectomia simples com esvaziamento axilar em 33 (38,37%) pacientes, 29 (33,72%) pacientes foram submetidas à tumorectomia com esvaziamento axilar, 9 (10,46%) pacientes foram submetidas à tumorectomia com biópsia do linfonodo sentinela, 3 (3,48%) pacientes foram submetidas apenas à tumorectomia, 3 (3,48%) pacientes à mastectomia com

biópsia do linfonodo sentinela, 3 (3,48%) pacientes à quadrantectomia com esvaziamento axilar, 1 (1,16%) paciente à mastectomia a Halsted com esvaziamento axilar, 1 (1,16%) paciente à quadrantectomia com biópsia do linfonodo sentinela, 1 (1,16%) paciente à mastectomia a Patey com esvaziamento axilar, 1 (1,16%) paciente à mastectomia a Madden com esvaziamento axilar, 1(1,16%) paciente apenas a esvaziamento axilar, 1(1,16%) paciente à mamoplastia com esvaziamento axilar.

No Grupo 2, verificou-se um predomínio da mastectomia a Patey com esvaziamento axilar em 24 (25,26%) pacientes, 23 (24,21%) pacientes com quadrantectomia com esvaziamento axilar, 15 (15,78%) pacientes com quadrantectomia com biópsia do linfonodo sentinela, 11 (11,57%) pacientes com mastectomia a Madden com esvaziamento axilar, 8 (8,42%) pacientes com mastectomia simples com biópsia do linfonodo sentinela, 8 (8,42%) pacientes com mastectomia simples com esvaziamento axilar, 4 (4,21%) pacientes com mastectomia a Halsted com esvaziamento axilar, 1 (1,05%) paciente com apenas esvaziamento axilar e 1 (1,05%) paciente com setorectomia.

Quanto ao diagnóstico do tipo histológico do tumor constatou que:

- No Grupo 1: 62 (72,09%) pacientes com carcinoma ductal infiltrante, 8 (9,30%) pacientes com carcinoma in situ associado ao carcinoma ductal infiltrante, 4 (4,65%) pacientes com carcinoma ductal in situ, 3 (3,48%) pacientes com adenocarcinoma, 2 (2,32%) pacientes com carcinoma lobular, 2 (2,32%) pacientes com carcinoma tubular invasivo, 2 (2,32%) sem esse dado em prontuário, 1 (1,16%) paciente com carcinoma túbulo lobular, 1 (1,16%) paciente com carcinoma lobular associado a carcinoma ductal infiltrativo e 1 (1,16%) carcinoma coloide mucinoso
- .No Grupo 2: 76 (80,00%) pacientes com carcinoma ductal infiltrante, 7 (7,36%) pacientes com carcinoma in situ associado a carcinoma ductal infiltrante, 4 (4,21%) pacientes com carcinoma lobular, 2 (2,10%) paciente com carcinoma ductal in situ, 2 (2,10%) pacientes com carcinoma papilífero infiltrativo, 2 (2,10%) com adenocarcinoma, 1 (1,05%) paciente com carcinoma ductal infiltrante associado a adenocarcinoma e 1 (1,05%) paciente com carcinoma metaplásico.

Em relação ao receptor hormonal estrógeno, 112 (61,87%) pacientes apresentaram receptor de estrógeno positivo, 63 (34,80%) pacientes apresentaram ausência desse receptor e em 6 (3,31%) pacientes esse dado não constava em prontuário e nem em exames anatomopatológicos.

No Grupo 1, 65,11% das pacientes apresentaram o receptor hormonal estrógeno e em 58,94% das pacientes do Grupo 2. Quanto ao receptor hormonal progesterona, 90 (49,72%) pacientes apresentaram esse receptor positivo, 85 (46,96%) pacientes apresentaram ausência desse receptor e em 6 (3,31%) pacientes esses dados não constavam nem em prontuário e nem nos exames anatomopatológicos.

A tabela 2 caracteriza o lado da mama acometido, tipo de cirurgia, tipo de câncer de mama e receptores hormonais.

Tabela 2 - Caracterização do lado da mama acometida, tipo de cirurgia, tipo de câncer de mama, receptores hormonais. Ribeirão Preto/SP, 2011 - 2012

Variáveis	n (%) Grupo1	n (%) Grupo 2
Lado acometido pelo câncer		
Mama direita	39 (45,34%)	48 (50,52%)
Mama esquerda	47 (54,65%)	47 (49,47%)
Tipo de intervenção cirúrgica		
***Quadrantectomia + BLS	1 (1,16%)	15 (15,78%)
****Quadrantectomia + EA	3(3,48%	23 (24,21%
Mastectomia a Halsted + EA	1 (1,16%)	4 (4,21%)
Mastectomia a Patey + EA	1 (1,16%)	24 (25,26%)
Mastectomia a Madden + EA	1 (1,16%)	11 (11,57%)
Mastectomia simples + BLS	3 (3,48%)	8 (8,42%)
Mastectomia simples + EA	33 (38,37%)	8 (8,42%)
Apenas EA	1 (1,16%)	1 (1,05%)
Setorectomia + BLS	0	1 (1,05%)
Tumorectomia + EA	29(33,72%)	0
Tumorectomia + BLS	9 (10,46%)	0
Apenas Tumorectomia	3 (3,48%)	0
Mamoplastia + EA	1 (1,16%)	0
Tipos de câncer de mama		
Carcinoma ductal infiltrante	62 (72,09%)	76 (80,00%)
Carcinoma ductal in situ	4 (4,65%)	2 (2,10%)
Carcinoma Lobular	2 (2,32%)	4 (4,21%)
*****Carcinoma in situ + c ductal inf	8 (9,30%	7 (7,36%)
Carcinoma metaplásico	0	1 (1,05%)
Carcinoma papilífero infiltrativo	0	2 (2,10%)
Adenocarcinoma	3 (3,48%)	2 (2,10%)
C ductal inf + adenocarcinoma	0	1 (1,05%)
Carcinoma tubular infiltrativo	2 (2,32%)	0
Carcinoma túbulo lobular	1 (1,16%)	0
Carcinoma Lobular + c ductal inf	1 (1,16%)	0
Sem este dado em prontuário	2 (2,32%)	**0**
Carcinoma colóide mucinoso	1 (1,16%)	**0**
Receptores Hormonais		
Estrógeno		
Estrógeno positivo	56 (65,11%)	56 (58,94%)
Estrógeno negativo	27 (31,39%)	36 (37,89%)
Sem descrição	3 (3,48%)	3 (3,15%)
Progesterona		
Progesterono positiva	47 (54,65%	43 (45,26%)
Progesterona Negativa	36 (41,86%)	49 (51,57%)
Sem descrição	3 (3,48%)	3 (3,15%)

***BLS = biópsia do linfonodo sentinela;
****EA = esvaziamento axilar;
*****C ductal inf = carcinoma ductal infiltrante.

5.2.2 Tamanho do tumor

O tamanho do tumor foi verificado antes da cirurgia nos laudos dos exames (ultrassom das mamas e mamografia), dando preferência ao último laudo radiológico antes da intervenção cirúrgica.

Observou-se, em relação ao tamanho do tumor antes da intervenção cirúrgica e através dos laudos dos exames, que, 54 (29,83%) pacientes tinham tumor entre 2,0 cm a 3,0 cm; 51 (28,17%) pacientes tinham tumor entre 1,0 cm a 1,9 cm; 22 (12,15%) pacientes não tinham laudos dos exames para constatar esse dado; em 20 (11,04%) pacientes, o tumor apresentava-se com 3,1 cm a 3,9 cm; 10 (5,52%) pacientes apresentaram o tumor com 0,5 cm a 0,9 cm; 6 (3,31%) pacientes estavam com tumor de 6,0 cm a 7,0 cm; 6 (3,31%) pacientes com tumor de 4,0 cm a 5,0 cm; 5 (2,76%) pacientes com tumor de 5,1cm a 5,9 cm; 3 (1,65%) pacientes com tumor de 11,0 cm a 11,9 cm; 1 (0,55%) paciente com tumor de 8,0 cm a 8,9cm; 1(0,55%) paciente com tumor de 9,0 cm a 10,0 cm e, em 1 (0,55%) paciente com a mama acometida pelo câncer com úlcera, não foi realizado nenhum exame nessa mama acometida, sendo realizado exame apenas na mama contralateral.

Para melhor visualização e compreensão, os dados acima estão descritos na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização do tamanho do tumor da amostra. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012

Variáveis	n (%) Grupo1	n (%) Grupo 2
Tamanho do tumor antes da cirurgia		
0,5 a 0,9 cm	5 (5,81%)	5 (5,26%)
1,0 a 1,9 cm	24 (27,90%)	27 (28,42%)
2,0 a 3,0 cm	23 (26,74%)	31 (32,63%)
3,1 a 3,9 cm	9 (10,46%)	11 (11,57%)
4,0 a 5,0 cm	4 (4,65%)	2 (2,10%)
5,1 a 5,9 cm	1 (1,16%)	4 (4,21%)
6,0 a 7,0 cm	2 (2,32%)	4 (4,21%)
7,1 a 7,9 cm	1 (1,16%)	0
8,0 a 8,9 cm	0	1 (1,05%)
9,0 a 10,0 cm	1 (1,16%)	0
11,0 a 11,9 cm	1 (1,16%)	2 (2,10%)
Mama com úlcera sem exame	1 (1,16%)	0
Ausência deste dado	14 (16,27%)	8 (8,42%)

5.2.3 Número de gânglios linfáticos da região axilar retirado e número de gânglios linfáticos da região axilar acometidos

Para melhor descrição do número de gânglios linfáticos da região axilar retirados e o número de gânglios da região axilar acometidos das pacientes da amostra, eles foram agrupados e cada grupo recebeu uma denominação.

Os grupos formados para demonstrar o número de gânglios linfáticos retirados são:

A – 1 a 10 gânglios axilares retirados;

B – 11 a 20 gânglios axilares retirados;

C – 21 a 30 gânglios axilares retirados;

D – 31 a 40 gânglios axilares retirados;

E – 41 a 50 gânglios axilares retirados;

F – 51 a 60 gânglios axilares retirados.

A amostra apresentou 67 (37,01%) pacientes no agrupamento A, 65 (35,91%) pacientes no agrupamento B, 34 (18,78%) pacientes no agrupamento C, 12 (6,62%) pacientes no agrupamento D, 1 (0,55%) paciente no agrupamento E, 1 (0,55%) paciente no agrupamento F, 1 (0,55%) paciente não foi submetida a esse procedimento.

Também, para facilitar a compreensão, os números de gânglios linfáticos axilares comprometidos foram agrupados e cada grupo recebeu uma denominação.

Os agrupamentos são:

G – 1 a 5 gânglios axilares comprometidos;

H – 6 a 10 gânglios axilares comprometidos;

I – 11 a 15 gânglios axilares comprometidos;

J – 16 a 20 gânglios axilares comprometidos;

L – 31 a 35 gânglios axilares comprometidos;

M – 51 a 55 gânglios axilares comprometidos.

Quanto ao número de gânglios comprometidos, a amostra apresentou o seguinte: 69 (38,12%) pacientes estavam no agrupamento G; 13 (7,18%) no agrupamento H; 11 (6,07%) no agrupamento I; 8 (4,41%) no agrupamento J; 2 (1,10%) no agrupamento L; 2 (1,10%) no agrupamento M; 74 (40,88%) pacientes da amostra não apresentaram comprometimento em nenhum gânglio linfático da região axilar; 1 (0,55%) paciente não apresentava esse dado descrito em prontuário e em 1 (0,55%) paciente esse procedimento não foi realizado. A tabela 4 foi construída para melhor visualização.

Tabela 4 – Caracterização do número de gânglios linfáticos retirados e o número de gânglios linfáticos acometidos. Ribeirão Preto - SP, 2011 - 2012

Variáveis	N (%) Grupo 1	N (%) Grupo 2
Números de gânglios linfáticos retirados		
Agrupamento A	36 (41,86%)	31 (32,63%)
Agrupamento B	37 (43,02%)	28 (29,47%)
Agrupamento C	10 (11,62%)	24 (25,26%)
Agrupamento D	1 (1,16%)	11 (11,57%)
Agrupamento E	1 (1,16%)	0
Agrupamento F	0	1 (1,05%)
Não foi realizado esse procedimento	1 (1,16%)	0
Número de gânglios linfáticos acometidos		
Agrupamento G	38 (44,18%)	31 (32,63%)
Agrupamento H	3 (3,48%)	10 (10,52%)
Agrupamento I	6 (6,97%)	5 (5,26%)
Agrupamento J	2 (2,32%)	6 (6,31%)
Agrupamento K	0	2 (2,10%)
Agrupamento L	0	2 (2,10%)
Sem gânglios acometidos	36 (41,86%)	38 (40,00%)
Sem descrição em prontuário	0	1 (1,05%)
Não foi realizado esse procedimento	1 (1,16%)	0

5.2.4 Estadiamento do tumor das pacientes da amostra, tratamentos adjuvantes, neoadjuvantes e reconstrução mamária

Quanto ao estadiamento do tumor, 4 (2,20%) pacientes apresentaram estádio 0; 22 (12,15%) pacientes apresentaram estádio I; 47 (25,96%) pacientes apresentaram estádio II A; 28 (15,46%) pacientes com estádio II B; 38 (20,99%) pacientes com estádio III A; 26 (14,36%) pacientes com estádio III B; 16 (8,83%) pacientes sem estadiamento.

As pacientes da amostra foram submetidas a variadas terapêuticas, sendo que:

- 68 (37,56%) pacientes foram submetidas à cirurgia, à quimioterapia, à

radioterapia e á hormonioterapia;

- 41 (22,65%) pacientes foram submetidas à cirurgia, à quimioterapia e à radioterapia;
- 25 (13,81%) pacientes foram submetidas à cirurgia e quimioterapia;
- 19 (10,49%) pacientes foram submetidas apenas à cirurgia;
- 12 (6,62%) pacientes foram submetidas à cirurgia, radioterapia e hormonioterapia;
- 6 (3,31%) pacientes foram submetidas à cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia;
- 6 (3,31%) pacientes foram submetidas à cirurgia e radioterapia;
- 2 (1,10%) pacientes foram submetidas á cirurgia e hormonioterapia;
- 1 (0,55%) paciente foi submetida à quimioterapia, hormonioterapia e esvaziamento axilar como intervenção cirúrgica;
- 1 (0,55%) paciente foi submetida à quimioterapia, radioterapia e a esvaziamento axilar como intervenção cirúrgica.

Observa que a intervenção cirúrgica como modalidade terapêutica ocorreu em 181 (100%) pacientes da amostra, evidenciando a importância desse tipo de tratamento para o controle do câncer de mama.

A quimioterapia neoadjuvante foi realizada em 65 (35,91%) pacientes, sendo 41 (47,67%) pacientes do Grupo 1 e 24 (25,26%) pacientes do Grupo 2, demonstrando que esse tipo de abordagem terapêutica foi mais utilizada nas pacientes do Grupo 1.

Em relação ao tratamento adjuvante, 76 (41,98%) pacientes foram submetidas à quimioterapia adjuvante; 77 (42,54%) pacientes foram submetidas à hormonioterapia e128 (70,71%) pacientes foram submetidas à radioterapia.

É importante ressaltar que 70,71% das pacientes da amostra foram submetidas à radioterapia adjuvante.

Em relação à reconstrução mamária, 41 (22,65%) pacientes foram submetidas à reconstrução da mama acometida pelo câncer, 139 (76,79%) pacientes não foram submetidas a esse procedimento e em 1 (0,55%) paciente este dado foi perdido. No Grupo 1, 16 (18,60%) pacientes foram submetidas a esse procedimento, e no Grupo 2, 25 (26,31%) pacientes.

5.2.5 Acometimentos no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica

Durante a entrevista, as pacientes da amostra foram questionadas quanto aos principais acometimentos no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Seguem as descrições.

Todas as pacientes foram questionadas se sentiam e/ou observavam que o membro superior homolateral a intervenção cirúrgica inchava, sendo constatado que 114 (62,98%) referiram que não; 66 (36,46%) pacientes da amostra referiram que sim e 1 (0,55%) paciente referiu não ter observado se o membro superior inchava.

As pacientes também foram questionadas quanto ao tempo de início perceptível da sensação de braço inchado, sendo constatado que 26 (39,39%) pacientes da amostra referiram sentir essa sensação há alguns meses; 18 (27,27%) pacientes referiram sentir a sensação há alguns anos; 9 (13,63%) pacientes referiram não conseguir definir o tempo de início e/ou duração da sensação; 8 (12,12%) pacientes referiram sentir a sensação há alguns dias e em 5 (7,57%) pacientes esse dado foi perdido.

Ao se comparar os grupos verificou-se o seguinte:

No Grupo 1, 33 (38,37%) pacientes referiram que tinham a sensação de que o braço inchava ou que observavam esse acometimento, e no Grupo 2, também 33 (34,73%) pacientes fizeram menção à sensação de inchaço.

Para verificar se realmente as pacientes da amostra possuíam edema no membro superior homolateral a cirurgia e não só a impressão da sensação do inchaço, foi realizada a perimetria, sendo diagnosticado como linfedema o edema do membro superior presente após 6 meses de cirurgia. Antes de 6 meses de pós-operatório, o edema foi considerado como resquício da própria intervenção cirúrgica.

Foi constatado que 35 (19,33%) pacientes da amostra tinham edema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica antes de 6 meses de pós-operatório; 52 (28,72%) pacientes apresentaram edema após 6 meses de intervenção cirúrgica e 94 (51,93%) pacientes não apresentaram nenhuma alteração no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica detectável pela perimetria.

As pacientes que apresentaram edema após 6 meses de intervenção cirúrgica, e que apresentaram diferença ≥ 2,0 cm entre os membros superiores foram diagnosticadas como portadoras de linfedema, sendo esse diagnóstico

realizado em 52 (28,72%) pacientes da amostra, sendo 28 (32,55%) pacientes provenientes do Grupo 1 e 24 (25,26%) pacientes provenientes do Grupo 2.

Quando questionadas sobre a sensação de formigamento do braço do lado que recebeu a intervenção cirúrgica, constatou-se que 119 (65,74%) pacientes negaram essa sensação e 62 (34,25%) pacientes da amostra referiram apresentar a sensação após a intervenção cirúrgica.

Em relação ao tempo perceptível pelas pacientes quanto à sensação de formigamento no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, foi constatado que 30 (48,38%) pacientes perceberam essa “sensação” há alguns meses; 12 (19,35%) pacientes perceberam a sensação há alguns anos; 11 (17,74%) pacientes referiram não conseguir conceituar o tempo de duração dessa sensação e 9 (14,51%) pacientes perceberam a sensação há alguns dias.

As pacientes também foram questionadas quanto à sensação de peso no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, sendo constatado que 109 (60,22%) pacientes negaram sentir essa sensação; 72 (39,77%) pacientes relataram sentir essa sensação. Das pacientes que afirmaram a sensação, 23 (26,74%) pacientes eram provenientes do Grupo 1 e 49 (51,57%) provenientes do Grupo 2.

Quanto ao tempo em que as paciente apresentam a sensação de peso no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, constatou-se que 38 (52,77%) pacientes a apresentaram há alguns meses; 16 (22,2%) pacientes há alguns anos; 6 (8,33%) pacientes há alguns dias, 9 (12,50%) pacientes não conseguiram conceituar o tempo e em 3 (4,16%) pacientes este dado foi perdido.

As pacientes foram questionadas se sentiam dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, sendo verificado que 106 (58,56%) pacientes negaram esse sintoma e 75 (41,43%) afirmaram senti-lo. Das pacientes que afirmaram sentir dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, 37 (43,02%) pacientes pertenciam ao Grupo1 e 38 (40,00%) ao Grupo 2.

Para melhor compreensão foi construída a Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização dos acometimentos do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012

Variável	n (%) Grupo1	n (%) Grupo2
* SMSI	33 (38,37%)	33 (34,73%)
** LDCP	28 (32,55%)	24 (25,26%)
*** SFMS	29 (33,72%)	33 (34,73%)
**** SPMS	23 (26,74%)	49 (51,57%)
***** DMS	37 (43,02%)	38 (40,00%)

* SMSI – Sensação de edema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica referida pela paciente; **LDCP – Linfedema diagnosticado com a perimetria; ***SFMS – Sensação de formigamento no membro superior homolateral a intervenção do câncer de mama; ****SPMS – Sensação de peso no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica; *****DMS – Dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica

5.2.6 Tempo de cirurgia

No momento da entrevista deste estudo foi verificado com as pacientes qual o período de tempo em que as mesmas tinham sido submetidas à intervenção cirúrgica, sendo constatado o seguinte: na amostra total a média do tempo de cirurgia foi de 26,51 (±42,59) meses. No Grupo 1, a média do tempo foi de 31,84 (±39,82) meses; no Grupo 2, de 21,69 (±44,61) meses.

A caracterização do tempo de cirurgia está descrita na tabela 6.

Tabela 6 – Caracterização do tempo de cirurgia no momento da entrevista deste estudo. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012

Variável	Amostra Total	Grupo 1	Grupo 2
Tempo de Cirurgia			
Média	26,51	31,84	21,69
Mediana	8	18,5000	5,0000

5.2.7 Metástases e recidivas da doença

Em relação à presença de metástases, constatou-se que:

- Metástase óssea: ocorreu em 12 (6,62%) pacientes, sendo 11 (12,79%) pacientes do Grupo 1 e 1 (1,05%) paciente do Grupo 2;
- Metástase pulmonar: ocorreu em 16 (8,83%) pacientes, sendo 12 (13,95%) pacientes do Grupo1 e 4 (4,21%) pacientes do Grupo 2.

Em ambos os grupos, os números de pacientes com metástases é bem pequeno em relação ao tamanho da amostra, mas é importante salientar que as pacientes do Grupo 1 apresentaram maior ocorrência de metástases óssea e pulmonar.

Quanto à ocorrência de recidivas, constatou-se que:

- - Recidiva local: ocorreu em 14 (7,73%) pacientes, sendo 12 (13,95%) pacientes do Grupo 1 e 2 (2,10%) pacientes do Grupo 2;
- - Recidiva em mama contralateral: ocorreu em 8 (4,41%) pacientes, sendo 6 (6,97%) pacientes do Grupo 1 e em 2 (2,10%) pacientes do Grupo 2.

Na comparação dos grupos quanto à ocorrência de recidivas, verificou-se que, no Grupo 1, ocorreu maior ocorrência de recidivas, mas — salienta-se — tal ocorrência foi pequena nesta amostra.

A tabela 7 caracteriza as pacientes da amostra em relação às metástases e recidivas do câncer de mama.

Tabela 7 – Caracterização da amostra em relação a metástases e recidivas. Ribeirão Preto – SP, 2011 - 2012

Variáveis	n (%) Grupo 1	n (%) Grupo 2
Metástases		
Óssea	11 (12,79%)	1 (1,05%)
Pulmonar	12 (13,95%)	4 (4,21%)
Recidivas		
Em mama contralateral	6 (6,97%)	2 (2,10%)
Local	12 (13,95%)	2 (2,10%)

5.3 Análise da escala visual analógica (EVA) para dor

Para contemplar um dos objetivos específicos do estudo, utilizou-se a EVA com o intuito de constatar a presença de dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica nas pacientes da amostra.

Ao verificar-se esse dado, constatou - se que 98 (54,14%) pacientes referiram ausência desse sintoma/sinal no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, sendo 50 (58,13%) pacientes do Grupo 1 e 48 (50,52%) pacientes do Grupo 2.

Nas outras 83 (45,85%) pacientes, verificou-se que:

- 16 pacientes apresentaram dor leve no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, sendo 5 do Grupo 1 e 11 do Grupo 2;
- 28 pacientes apresentaram dor moderada no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, sendo 13 no Grupo 1 e 15 no Grupo 2;
- 34 pacientes apresentaram dor intensa no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica; 13 pacientes do Grupo 1 e 21 pacientes do Grupo 2;
- em 5 pacientes do Grupo 1, esse dado foi perdido, pois elas não conseguiram quantificar a dor.

A ocorrência da dor na população do estudo foi de 43,09%, sendo

verificada no Grupo 1 a frequência de 36,04% e, no Grupo 2, a frequência de 49,47%. Ao comparar-se os agrupamentos verificou-se menor frequência da dor no Grupo 1 em relação ao 2.

Para melhor compreensão do número de pacientes acometidas pela dor, foi construída a tabela 8.

Tabela 8 – Escala Visual Analógica para dor do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Ribeirão Preto – SP, 2011 - 2012

Variável	n (%) Grupo 1	n (%) Grupo 2
Escala Visual Analógica		
Ausência de dor	50 (58,13%)	48 (50,52%)
Dor leve	5 (5,81%)	11 (11,57%)
Dor moderada	13 (15,11%)	15 (15,78%)
Dor intensa	13 (15,11%)	21 (22,10%)
Dado perdido	5 (5,81%)	0

5.4 Linfedema

Para contemplar outro objetivo específico do estudo — que foi constatar a presença do linfedema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica — utilizou-se a perimetria para realizar o diagnóstico de linfedema.

O linfedema através da perimetria foi encontrado em 52 (28,72%) pacientes, sendo 28 (32,55%) pacientes do grupo 1 e 24 (25,26%) pacientes do grupo 2.

Das pacientes que apresentaram linfedema, 22 (42,30%) pacientes tinham sido submetidas à cirurgia conservadora da mama e 30 (57,69%) pacientes tinham sido submetidas a várias técnicas de mastectomia. Apenas 6 (11,53%) pacientes com linfedema foram submetidas à biópsia do linfonodo sentinela, 44 (84,61%) pacientes foram submetidas à linfadenectomia axilar e 2 (3,84%) pacientes não foram submetidas a nenhuma intervenção cirúrgica na região axilar.

A ocorrência do linfedema na amostra foi de 28,72%.

Ao classificar o linfedema em relação à diferença entre os membros superiores das pacientes da amostra em centímetro, constatou-se que:

- Linfedema leve: encontrado em 20 pacientes da amostra, sendo 11 pacientes do Grupo 1 e 9 pacientes do Grupo 2;
- LInfedema moderado: encontrado em 21 pacientes da amostra, sendo 9 pacientes do Grupo 1 e 12 pacientes do Grupo 2;
- Linfedema severo: encontrado em 11 pacientes da amostra, sendo 8 pacientes no Grupo 1 e 3 pacientes no Grupo 2. Faz-se necessário lembrar que a classificação adotada por este estudo considera como linfedema leve a diferença entre os membros superiores menor que 3,0 cm; linfedema moderado, a diferença entre os membros de 3,0 cm a 5,0 cm e linfedema severo, o linfedema com diferença entre os membros superiores maior que 5,0 cm (DEO et al., 2004).

A mensuração da perimetria das pacientes foi realizada na mão, em três pontos do braço (ponto 1, ponto 2 e ponto 3) e em três pontos do antebraço (ponto 4, ponto 5 e ponto 6).

As medidas da média da perimetria encontradas em centímetros estão descritas na tabela 9.

Tabela 9 – Análise descritiva da perimetria. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012

AREA	LADO	GRUPO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MEDIANA	MÁXIMO
Mão	D	1	20,46	1,29	20,5	23
	D	2	21,04	1,16	21	24
	E	1	20,21	1,29	20	23
	E	2	20,92	1,02	21	23
Per 1	D	1	36,07	6,98	34	57
	D	2	36,42	5,46	35	53
	E	1	35,14	6,16	34	49
	E	2	35,71	4,92	34,5	49
Per 2	D	1	34,36	6,08	32,5	51
	D	2	35,04	5,3	33,5	50
	E	1	33,11	5,76	32	48
	E	2	34,17	4,87	32,5	48
Per 3	D	1	30,57	4,65	29	41
	D	2	32,58	4,85	31	45
	E	1	30,86	4,80	30	39
	E	2	31,58	3,76	31,5	42
Per 4	D	1	26,54	3,29	26	36
	D	2	27,17	4,04	26	37
	E	1	26,32	2,83	26,5	33
	E	2	27,79	3,11	27,5	35
Per 5	D	1	21,36	3,29	21	32
	D	2	21,36	3,68	20,5	32
	E	1	21,21	2,62	21	26
	E	2	22	2,98	22	29
Per 6	D	1	17,68	1,74	17	24
	D	2	17,38	1,71	17	20
	E	1	17,43	1,43	17	21
	E	2	17,88	1,19	18	21

Mão – perimetria da mão; Per 1 – perimetria do ponto 1; Per 2 – perimetria do ponto 2; Per 3 – perimetria do ponto 3; Per 4 – perimetria do ponto 4; Per 5 – perimetria do ponto 5; Per 6 – perimetria do ponto 6.

5.5 Qualidade de vida relacionada à saúde

Para avaliar a QVRS, foram utilizados e, posteriormente, analisados os instrumentos EORTC QLQ C30. O coeficiente alfa de Cronbach geral foi de 0,80 para o instrumento EORTC QLQ C30 na amostra estudada. O valor do coeficiente do alfa de Cronbach neste estudo demonstrou uma boa consistência interna do instrumento, uma vez que atingiu um valor acima de 0,70. O valor do alfa varia entre 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1 estiver este valor, maior a consistência interna do instrumento (CHRONBACH, 1951).

Análise do EORTC QLQ C30

A análise dos escores dos domínios do EORTC QLQ C30 foi realizada com a amostra total, unindo as pacientes do Grupo 1 com as pacientes do Grupo 2.

Os escores das escalas funcionais variam de zero a 100. Um alto valor do escore representa um nível funcional saudável, enquanto que para as escalas de sintomas, quanto mais próximo de 100, significa maior presença de sintomas.

Observou - se que as médias das escalas funcionais foram:

- Função física: a média foi 84,34 (±18,69), confirmando que a doença e/ou o tratamento deste tipo de câncer interferiu pouco no desempenho das atividades físicas das pacientes; constatou-se um bom nível nesta função;
- Função cognitiva: a média foi 72,05 (±28,06), demonstrando que as pacientes apresentaram um pouco de dificuldade de concentração e de memória, mas pôde-se considerar que as pacientes apresentaram um bom nível funcional;
- Função social: a média foi 82,06 (±28,65), demonstrando que a condição física e o tratamento desse tipo de câncer interferiram pouco na vida familiar e nas atividades sociais das pacientes.
- Domínio desempenho de papéis: apresentou a média de 86,37 (±28,65), observando-se que essas pacientes apresentaram poucas limitações no trabalho e no lazer;
- Função emocional: a média foi de 63,39 (±32,20), sendo, das escalas

funcionais, a que apresentou o menor valor encontrado; pôde-se inferir um nível de regular a satisfatório, demonstrando que as pacientes, no momento da entrevista da pesquisa, encontravam-se preocupadas, deprimidas, ou seja, abaladas pelas incertezas geradas pelo processo do adoecer e do tratamento.

Nas 5 escalas funcionais, a escala de desempenho de papéis foi a que apresentou o maior escore, demonstrando que a doença e/ou o tratamento não geraram limitações às pacientes em relação ao trabalho e ao lazer, e a escala função emocional foi a mais afetada, apresentando o menor escore em relação às outras escalas funcionais. Percebe-se que a doença e/ou o tratamento influenciaram negativamente essa função.

Os escores nas escalas de sintomas variam de zero a 100. Um escore alto nessas escalas representa um nível alto de sintomatologia e efeitos colaterais.

As médias dos escores das três escalas de sintomas constataram:

- para fadiga: a média foi de 22,10 (±26,65), demonstrando a presença desse sintoma nas pacientes;
- para dor: a média foi de 22,56 (±29,43), sendo observado também um nível pouco expressivo desse sintoma nas pacientes;
- para náusea e vômito: a média foi de 6,44 (±16,61), sendo observado um nível mínimo desse sintoma na população estudada; as pacientes apresentaram poucos episódios de náusea e vômito.

A dor foi o sintoma mais referido pelas pacientes na escala de sintomas. Mesmo sendo esse sintoma pouco expressivo nas pacientes, salientamos que a presença dele pode interferir no desempenho das atividades de vida diária.

Na tabela 10, está representada a análise descritiva dos escores do EORTC QLQ C30 na população estudada.

Tabela 10 – EORTC QLQ C30 das pacientes da amostra. Ribeirão Preto – SP, 2011 – 2012

Variável	N = 181 Média (dp)*
Itens da Escala	
Função física	84,34 (±18,69)
Desempenho de papel	86,37 (±23,73)
Função emocional	63,39 (±32,20)
Função cognitiva	72,05 (±28,06)
Função social	82,06 (±28,65)
Fadiga	22,10 (±26,65)
Náuseas e vômito	6,44 (±16,61)
Dor	22,56 (±29,43)
Dispnéia	12,46 (±27,19)
Insônia	33,07 (±43,21)
Perda de Apetite	13,76 (±30,16)
Constipação	29,40 (±42,02)
Diarréia	4,59 (±18,14)
Dificuldade Financeira	31,02 (±40,86)
Estado Geral de Saúde/QV	77,81 (±20,36)

*Média (dp) = Média ± Desvio Padrão

Em relação à análise dos seis itens que avaliam os sintomas comumente relatados por pacientes com câncer — dispnéia, falta de apetite, insônia, constipação, diarréia — os escores variam de zero a 100, um alto valor nesses escores representa um nível alto de sintomatologia.

Foram observados na média dos escores dos seis itens:

- para dispnéia: a média foi de 12,46 (±27,19), indicando que poucas pacientes apresentaram esse sintoma;
- para falta de apetite: a média foi de 13,76 (±30,16), demonstrado que ocorreu pouca alteração no apetite das pacientes;
- para insônia: a média foi 33,07 (±43,21), demonstrando que as pacientes apresentaram dificuldade para dormir;
- para constipação: a média foi de 29,40 (±42,02), indicando que as pacientes tiveram dificuldade para evacuar;

- para diarréia: a média foi de 4,59 (±18,14), constatando-se a pouca ocorrência desse sintoma.

Nas escalas de sintomas, os predominantes foram a insônia e a constipação, demonstrando que esses sintomas foram os que apresentaram maior alteração nessa população.

Em relação à escala do impacto financeiro, a média foi 31,02 (±40,86); observa-se que o tratamento e a condição física das pacientes acarretaram dificuldades financeiras a elas.

Em relação à escala que avalia o estado geral de saúde e a qualidade de vida, a média foi 77,81 (±20,36), demonstrando um nível considerado bom, ou seja, as pacientes consideram possuir uma boa condição física e QVRS.

6. DISCUSSÃO

Na caracterização das participantes deste estudo em relação à idade, verificou-se que a média variou de 52,81 anos a 54,09 anos. Com idade mínima de 20 anos e máxima de 83 anos, este resultado assemelha-se a um estudo transversal realizado com 136 mulheres com câncer de mama que faziam tratamento no Centro de Câncer da Universidade de Nova York em que se constatou que a média de idade das pacientes era de 54,3 anos, a idade mínima da amostra, de 28 anos e a idade máxima, de 80 anos, sendo essa faixa etária também encontrada em outro estudo com delineamento quantitativo realizado no Japão com mulheres com câncer de mama (FU et al., 2010; TSUCHIYA; HORN; INGHAM, 2012).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer afirma que um dos principais fatores de risco para o câncer de mama é a idade, e que a taxa de incidência desse tipo de câncer aumenta após os 50 anos (BRASIL, 2012).

Como a faixa etária representa um fator de risco para o câncer de mama, no Brasil preconiza-se a detecção precoce em mulheres com sinais e sintomas para esse tipo de câncer, bem como o rastreamento para mulheres assintomáticas. O rastreamento tem como população-alvo mulheres entre 50 – 69 anos. A estratégia é o exame clínico das mamas feito anualmente e mamografia a cada 2 anos. Nas mulheres entre 40 – 49 anos, a estratégia adotada é também o exame clínico anual das mamas e, caso alguma alteração seja detectada, é realizada a mamografia (BRASIL, 2004).

Em nosso estudo, em relação ao estado civil observou-se um predomínio de pacientes casadas/união consensual. 107 (59,11%) pacientes possuíam esse estado civil. Corroborando esse resultado, um estudo americano constatou que 59% das pacientes da amostra eram casadas/união consensual (FU et al., 2010).

Em relação à escolaridade, em nosso estudo ocorreu um predomínio de pacientes que possuíam ensino fundamental incompleto. Este dado foi verificado em 43,09%. Um estudo brasileiro realizado em um Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo também constatou que metade das pacientes não tinham concluído o ensino fundamental, demonstrando um baixo nível de escolaridade (SOUZA et al., 2007). Esse resultado difere dos estudos desenvolvidos em países desenvolvidos, como um estudo canadense com 316 pacientes com câncer de mama, segundo o qual 61,1% das pacientes possuíam 2º grau escolar completo. A diferença em relação ao nosso estudo se justifica pela

diferença socioeconômica vigente nos dois países. (HACK et al., 2010).

Um estudo brasileiro realizado no Hospital do Câncer III com 196 pacientes com câncer de mama constatou que 48,4% da amostra possuíam baixo nível de escolaridade e esse dado é similar aos resultados do nosso estudo (BERGMANN et al., 2011).

Com relação à ocupação profissional, mais de 60,0% das pacientes do nosso estudo desempenhavam trabalho doméstico, demonstrando através desse e de outro dado (nível de escolaridade) um baixo nível socioeconômico das pacientes. Um baixo nível socioeconômico contribui para que o diagnóstico do câncer de mama ocorra em uma fase adiantada da doença. Um estudo realizado nos Estados Unidos constatou que mulheres com baixo nível socioeconômico tinham pouco acesso aos programas de prevenção e assistência médica (WELLS; HORM, 1992; ABREU; KOIFMAN, 2002).

Ao verificar o tipo de cirurgia a que as pacientes foram submetidas, 51,93% da pacientes foram submetidas à mastectomia e 46,40% das pacientes foram submetidas à cirurgia conservadora da mama. Um estudo americano com 622 pacientes com câncer de mama observou que 51% das pacientes foram submetidas à cirurgia conservadora e 48% à mastectomia. Esse dado é semelhante aos encontrados em nosso estudo, pois nas duas amostras praticamente metade das pacientes tinham sido submetidas à mastectomia. (PASKETT et al., 2007).

Em relação à linfadenectomia axilar, neste estudo 77,90% das pacientes foram submetidas a essa intervenção cirúrgica associada à mastectomia ou à cirurgia conservadora da mama. Ao observar os estudos disponíveis na literatura sobre a ocorrência de linfadenectomia axilar, constatou-se que o estudo canadense realizado por Hack e colaboradores (2010) referiu que 78% das pacientes que o constituíam foram submetidas a esse tipo de abordagem cirúrgica na região axilar associada à mastectomia ou à cirurgia conservadora da mama. Esse dado é similar ao encontrado em nosso estudo.

Um estudo alemão com 389 pacientes com câncer de mama referiu que 90,2% das pacientes foram submetidas à linfedenectomia axilar. Esse dado demonstra uma maior ocorrência dessa intervenção cirúrgica axilar no estudo alemão. A diferença entre os estudos deve-se ao fato de 22 pacientes alemãs possuírem estadiamento IV, necessitando de uma intervenção mais agressiva. Em nosso estudo, nenhuma paciente apresentou esse estadiamento (ALBERT et al.,

2006). O estudo transversal canadense de Dawes e colaboradores (2008) com 204 mulheres constatou que 62% da amostra tinham sido submetidas à linfadenectomia axilar. Esses resultados corroboram os resultados do nosso estudo, pois em ambos os estudos mais de 60% das respectivas populações estudadas tinham sido submetidas a esse procedimento cirúrgico (DAWES et al., 2008).

Ao verificar a ocorrência de linfadenectomia na região axilar de pacientes com câncer de mama em nosso estudo e em outros estudos disponíveis na literatura e acima mencionados, verificamos que essa técnica continua sendo uma das mais empregadas, pois com ela permite-se obter o estadiamento cirúrgico da doença na axila, avaliar o prognóstico em relação à recidiva local e à distância, bem como orientar o tratamento. Entretanto, o emprego é questionado, pois grande parte das pacientes submetidas a essa técnica não possui gânglios axilares comprometidos e também essa técnica favorece a instalação do linfedema (PASCOAL et al., 2010). O estudo de Shah e colaboradores (2012) menciona que 60% a 65% das mulheres com câncer de mama são submetidas à mastectomia com linfadenectomia axilar como forma de modalidade terapêutica (SHAH et al., 2012).

O carcinoma ductal infiltrante foi o tipo de câncer de mama que mais acometeu as pacientes do nosso estudo, sendo encontrado em 76,24%. Esse resultado confirma as estatísticas epidemiológicas, uma vez que esse tipo de câncer é considerado um dos tipos mais comuns de carcinoma de mama (ABREU; KOIFMAN, 2002).

No estudo de Mclaughlin e colaboradores (2008), verificou-se que 70% das pacientes da amostra foram acometidas pelo carcinoma ductal infiltrante. Esse dado se assemelha com o resultado do nosso estudo (MCLAUGHLIN et al., 2008).

Em nosso estudo, em relação aos receptores hormonais, constatou-se que 112 pacientes apresentaram positividade para o receptor hormonal estrógeno e 90 pacientes apresentaram positividade para o receptor hormonal progesterona, evidenciando que um número expressivo das pacientes do nosso estudo apresentaram positividade para esses receptores. Na amostra estudada, 3 pacientes não tinham o resultado da avaliação do receptor hormonal estrógeno em seus respectivos prontuários e 3 pacientes não tinham o resultado da avaliação do receptor hormonal progesterona em seus respectivos prontuários.

O estudo Coorte de Shah e colaboradores (2012) com 1.497 pacientes com câncer de mama divididas em 2 grupos — um grupo com 1386 pacientes com

câncer de mama sem linfedema e no outro grupo composto por 111 pacientes com câncer de mama e com linfedema — observou que 78,1% das pacientes do grupo sem linfedema apresentavam positividade para o receptor hormonal estrógeno e que, dentre as pacientes do grupo com linfedema, 74,1% apresentavam positividade para esse receptor, e o receptor progesterona positivo foi encontrado em 64,1% das pacientes do grupo sem linfedema e em 57,1% das pacientes do grupo com linfedema. Esse dado corrobora os resultados do nosso estudo, pois, em ambos os estudos, mais da metade das pacientes apresentaram positividade para esses receptores hormonais (SHAH et al., 2012).

A avaliação dos receptores hormonais (estrógeno e progesterona) torna-se de suma importância para o prognóstico das pacientes com câncer de mama. As pacientes com receptor hormonal estrógeno positivo possuem uma sobrevida maior do que as pacientes com ausência desse receptor hormonal, e é também um preditor da resposta da terapêutica endócrina adjuvante. O receptor hormonal progesterona apresenta um papel secundário como preditor dos prognósticos dessas pacientes (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Ao verificar o tamanho do tumor com maior ocorrência, observou-se que, em nosso estudo, 58,01% das pacientes apresentaram tumor que variavam de 1,0 cm a 3,0 cm. No estudo coorte de Petrek e colaboradores (2001), constatou-se que 52% das pacientes da amostra possuíam tumores ≥ 2,0 cm. Esse dado assemelha-se com o dado encontrado em nosso estudo (PETREK et al., 2001). O tamanho tumoral é um importante indicador prognóstico para o câncer de mama: quanto menor o tamanho tumoral, melhor o prognóstico (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Em nosso estudo, ao observar o número de gânglios linfáticos axilares retirados, um número considerável de mulheres teve de 1 a 10 gânglios linfáticos axilares retirados. No estudo transversal de Fu e colaboradores (2010) com 136 pacientes com câncer de mama, constatou-se que a média do número de gânglios linfáticos retirados era de 12 (±9,0) em toda a amostra, e, nas pacientes que não receberam informações a respeito do linfedema, a média do número de gânglios retirados foi de 10 (±9,04), esse dado é semelhante aos resultados do nosso estudo (FU et al., 2010). O estudo dos gânglios linfáticos axilares permite à equipe médica determinar a melhor terapêutica a ser adotada. É também um importante fator prognóstico em pacientes com câncer de mama (ABREU; KOIFMAN, 2002).

O exame histopatológico dos gânglios linfáticos da região axilar é

procedimento padrão na avaliação do acometimento axilar, e é considerado determinante da terapia sistêmica (SILVA et al., 2008).

O estadiamento com maior ocorrência em nosso estudo foi II A. No estudo encontrado na literatura cientifica com 70 pacientes com câncer de mama, há a referência de que 62,85% das pacientes tiveram estadiamento II. Essa referência confirma o resultado encontrado em nosso estudo (FREITAS - SILVA et al., 2010). Os estádios 0, I e II do sistema TNM são denominados câncer de mama em estádio inicial. Em nosso estudo, um número considerável de pacientes encontravam-se com estadiamento inicial no momento do diagnóstico (MACCHETTI, 2007).

Em nosso estudo, constatou-se que 70,71% pacientes foram submetidas à radioterapia, 41,98% das pacientes foram submetidas à quimioterapia adjuvante e 42,54% das pacientes foram submetidas à hormonioterapia.

No estudo de Thomas-Maclean e colaboradores (2008), verificou-se que o tratamento adjuvante utilizado nas 347 pacientes foram radioterapia em 94% das pacientes, quimioterapia em 69% das pacientes e hormonioterapia em 72% das pacientes. Os resultados desse estudo referentes ao tratamento adotado apresentam-se com valores acima dos valores encontrados em nosso estudo. Pode-se inferir que essa diferença presente entre os estudos justifica-se pelo número da amostra dos estudos (THOMAS-MACLEAN et al., 2008).

O estudo de Shah e colaboradores (2012) observou que 40% das pacientes receberam terapia hormonal adjuvante. Esse dado se assemelha ao resultado do nosso estudo nessa modalidade terapêutica (SHAH et al., 2012).

Em relação aos principais acometimentos do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, foi avaliada a sensação de peso e a sensação de inchaço. Em nosso estudo, observamos que 39,77% das pacientes fizeram referência a essa sensação e 36,46% das pacientes referiram-se a outras sensações. Em um estudo disponível na literatura científica, com 136 pacientes com câncer de mama, 18% das pacientes da amostra relataram a sensação de peso no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica e 29% das pacientes da amostra relataram sensação de inchaço do membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Essa diferença em ambos os estudos deve-se ao fato de a amostra do nosso estudo ser maior do que a amostra do outro estudo, no entanto, ambos os estudos revelam que o membro superior dessas pacientes apresenta esses sintomas (FU et al., 2010).

Um estudo brasileiro com 50 pacientes com câncer de mama questionou

as pacientes quanto às queixas em relação ao membro superior homolateral à intervenção cirúrgica da mama e observou que 26% das pacientes relataram sensação de peso e 32% delas referiram a sensação de inchaço do braço. A partir dos resultados encontrados na literatura cientifica, bem como em nosso estudo, pode-se constatar que as morbidades do membro superior homolateral à intervenção cirúrgica ocorrem nessas pacientes com frequência (REZENDE; BRANDINO; CLACO, 2008).

Questionar as pacientes com câncer de mama sobre a sensação de peso e sobre a sensação de braço inchado é um ato de fundamental importância, pois através desses relatos pode-se realizar o diagnóstico subjetivo do linfedema (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2004).

As pacientes do nosso estudo também foram questionadas em relação à presença da sensação de formigamento do membro superior, sendo esta sensação referida por 62 pacientes que constituíam o universo do estudo. Em um estudo brasileiro que avaliou as queixas das pacientes com câncer de mama em relação ao membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, constatou-se que 12% das pacientes que constituíam o estudo referiram sensação de formigamento no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica (REZENDE; BRANDINO; CLACO, 2008). A sensação de formigamento é uma desordem sensorial que ocorre principalmente em pacientes com câncer de mama submetidas à linfadenectomia (SILVA et al., 2008).

Neste estudo, o tempo transcorrido da cirurgia das pacientes variou de 21,69 meses a 31,84 meses. Um estudo transversal brasileiro com 70 pacientes com câncer de mama constatou que, no momento da entrevista das pacientes, o tempo transcorrido da cirurgia em meses variava de 31,5 (±26,7) a 44,3 (±29,5). Entende-se que o estudo de Freitas-Silva e colaboradores (2010) abordou as pacientes com mais tempo transcorrido do ato cirúrgico (FREITAS - SILVA et al., 2010). O estudo de Hack e colaboradores (2010), desenvolvido em 4 cidades canadenses, observou que as pacientes foram entrevistadas no período de 6 meses a 12 meses pós-tratamento cirúrgico da mama. Ao comparar esse estudo ao nosso, observa-se que, em nossas pacientes, tinha transcorrido maior período de tempo do procedimento cirúrgico em relação às pacientes do estudo em questão (HACK et al., 2010).

O tempo transcorrido entre o tratamento cirúrgico e a entrevista das pacientes como forma de abordagem dos estudos científicos deve-se

cuidadosamente ser observado, pois quanto maior o período de tempo do tratamento cirúrgico realizado, maior o risco das pacientes desenvolverem linfedema (BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2008).

Em relação à dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica, foi constatada a ocorrência desse sintoma/sinal em 43,09% das pacientes do nosso estudo. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo transversal dinamarquês, realizado com 3.754 mulheres que faziam seguimento médico após a cirurgia de câncer de mama, o qual constatou que 57% das pacientes apresentavam dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica. Entende-se que essa diferença em relação à ocorrência da dor em ambos os estudos deve-se à diferença vigente quanto ao tamanho amostral de ambos os estudos (GÄRTNER et al., 2009). Quanto à classificação da dor, os autores do estudo dinamarquês descreveram que 33% das pacientes tiveram dor leve; 44% das pacientes tiveram dor moderada e 22% das pacientes tiveram dor severa. Verificou-se, ainda, que mais da metade das pacientes apresentou dor com intensidade de moderada à severa, e esse dado corrobora os dados encontrados em nosso estudo, em que 62 (79,48%) pacientes apresentaram dor com intensidade que variava de moderada a severa (GÄRTNER et al., 2009).

Um estudo Coorte brasileiro realizado com 196 mulheres com câncer de mama com média de seguimento de 18,69 (±7,33) meses avaliou a dor no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica com a Escala Visual Analógica, constatando que 54,6% das pacientes do estudo apresentaram esse sinal/sintoma. A ocorrência em nosso estudo foi menor, sendo esse fato justificado pelo tipo de delineamento do nosso estudo, que foi de corte transversal. Estudos confirmaram que o seguimento por um período de tempo pode levar as pacientes à exposição de vários fatores de risco, e que, também, pode desencadear a ocorrência desse sintoma/sinal (BERGMANN et al., 2011).

A dor no membro superior homolateral ao câncer de mama é considerada uma morbidade comum de ocorrer após a cirurgia desse tipo de câncer e pode ocorrer devido à linfadenectomia axilar, bem como também pode ter origem a partir da lesão do nervo intercostal, o que pode ocorrer no momento da abordagem cirúrgica (HACK et al., 2010; QUADROS; GEBRIM, 2007; PIMENTEL; SANTOS; GOBBI, 2007).

A ocorrência do linfedema foi verificada em 28,72% das pacientes que

constituíam nosso estudo, sendo uma das sequelas físicas que mais ocorre no membro superior homolateral a cirurgia do câncer de mama, após o ato cirúrgico, devido à lesão mecânica do sistema linfático. Os fatores de risco para desenvolver essa sequela são a linfadenectomia axilar, radioterapia, idade, número de linfonodos dissecados, número de linfonodos comprometidos pela doença, nível de retirada dos linfonodos, obesidade, extensão da técnica cirúrgica e infecção (DAWES et al., 2008; HAMNER; FLEMING, 2007; REZENDE; BRANDINO; CLACO, 2008).

A ocorrência do linfedema varia entre os estudos, pois depende do tempo de acompanhamento das pacientes, da classificação adotada e da definição utilizada para caracterizar linfedema, o que demonstra a falta de diretrizes e consenso sobre o assunto (REZENDE; BRANDINO; CLACO, 2008).

A biópsia do linfonodo sentinela acarreta menos linfedema às pacientes com câncer de mama do que a linfadenectomia e essa situação pode ser confirmada em nosso estudo (HACK et al., 2010). A ocorrência do linfedema varia de 0% a 16% nas pacientes submetidas à biópsia do linfonodo sentinela e de 7,1% a 56% nas pacientes submetidas à linfadenectomia axilar (DAWES et al., 2008). Em nosso estudo das 52 (28,72%) pacientes com linfedema, 44 pacientes foram submetidas à linfedenectomia axilar e 6 à biópsia do linfonodo sentinela.

Foi observado em um estudo com 936 pacientes com câncer de mama que, ao verificar-se a ocorrência do linfedema na amostra, em 18 (3%) pacientes que foram submetidas à biópsia do linfonodo sentinela houve a presença de linfedema, e em 91 (27%) que foram submetidas à linfedenectomia axilar notou-se a presença de linfedema. Os resultados acima descritos demonstram que a linfedenectomia axilar ocasiona mais a instalação do linfedema do que a biópsia do linfonodo sentinela. Esse resultado contribui com os resultados encontrados em nosso estudo (MCLAUGHLIN et al., 2008).

Ao classificar-se o linfedema encontrado nas pacientes do nosso estudo, constatou-se que o linfedema leve estava presente em 20 (11,04%) pacientes; o linfedema moderado estava presente em 21 (11,60%) pacientes e o linfedema severo estava presente em 11 (6,07%) pacientes.

Em um estudo Coorte, com 263 pacientes com câncer de mama acompanhadas por um período de 20 anos, constatou-se que 49% das pacientes apresentaram linfedema; em 13% das pacientes constatou-se linfedema severo; em 17% das pacientes, linfedema moderado e 19% apresentaram linfedema leve. Ao

comparar o nosso estudo com o estudo de Petrek e colaboradores (2001), verificamos que a frequência do linfedema em nosso estudo foi significativamente menor, o que pode ser atribuído ao fato de a mediana de tempo de cirurgia do nosso estudo ter sido de 5 meses a 18 meses, e, no estudo em questão, as pacientes trem sido acompanhadas por 240 meses (20 anos). Quanto maior o período de tempo de acompanhamento das pacientes, maior a probabilidade de se encontrar linfedema, e, em relação à classificação do linfedema em nosso estudo, a amostra foi menor; por essa razão menos pacientes apresentaram linfedema com classificação menor (PETREK et al., 2001; BERGMANN; MATTOS; KOIFMAN, 2008).

Não existe um consenso que afirme qual o melhor método de diagnóstico do linfedema, mas a técnica mais utilizada nos artigos disponíveis na literatura é a perimetria, que é utilizada sozinha ou associada à outra técnica como método diagnóstico. Por esse motivo, o nosso estudo adotou essa técnica para diagnosticar o linfedema em nossas pacientes (KWAN et al., 2002; NESVOLD et al., 2008; AHMED et al., 2008; MCLAUGHLIN et al., 2008).

Alguns estudos definiram como linfedema uma diferença de 1,3 cm a 2,0 cm na circunferência entre o membro superior homolateral a cirurgia em relação ao membro superior contralateral a cirurgia, sendo esses valores denominados como ponto de corte para o diagnóstico do linfedema. O ponto de corte adotado em nosso estudo foi de ≥ 2,0 cm na diferença entre a mensuração das perimetrias dos membros superiores de cada paciente. Esse é um ponto de corte muito utilizado por outros estudos encontrados na literatura (NESVOLD et al., 2008; MCLAUGHLIN et al., 2008; PETREK et al., 2001).

O linfedema deve ser detectado precocemente, e os tratamentos específicos e o autocuidado para prevenir infecções e piora das condições devem ser realizados. Os tratamentos devem incluir terapias mais complexas como drenagem linfática com compressão de bandagem e autocuidado diário como cuidado com a pele, automassagem, exercícios específicos com respiração profunda. A participação em exercícios é altamente recomendada como uma forma de as mulheres com câncer de mama e linfedema melhorarem a sua saúde física e mental.

Um estudo clínico randomizado e controlado com um total de 40 mulheres com linfedema proveniente do tratamento do câncer de mama aplicou a intervenção da yoga por 8 semanas para o cuidado a essas pacientes e concluiu que essa

intervenção é efetiva e segura para mulheres com linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama e sugerem pesquisas futuras com um número maior de sujeitos (LOUNDON et al., 2012).

Ao avaliar a QVRS das pacientes do nosso estudo, verificamos que, na escala funcional, os escores dos domínios variavam de 63,39 a 86,37; o desempenho de papéis foi o que apresentou maior valor do escore entre as funções avaliadas por essa escala, demonstrando que as pacientes, mesmo submetidas a variadas modalidades terapêuticas, não apresentaram e/ou apresentaram pouquíssimas limitações no trabalho ou no lazer, e a função que apresentou menor valor do escore entre as funções avaliadas por essa escala, foi a função emocional, demonstrando que a população do nosso estudo teve alteração dessa função, o nos faz concluir que as pacientes se sentiram irritadas, ansiosas e tensas.

Para confirmar os resultados do nosso estudo, foi encontrado na literatura científica um estudo brasileiro realizado em um Centro Especializado em Câncer do interior do Estado de São Paulo com 22 pacientes com câncer, sendo 10 pacientes com câncer de mama e 12 com câncer de intestino. Ao analisar o instrumento EORTC QLQ C30 para as pacientes com câncer de mama constatou-se que a escala funcional apresentou a média variando de 53,6 a 80,3; a função emocional foi a função com a média com menor valor. Em nosso estudo a função emocional foi também a função com a média com o menor valor. Esses dados demonstram que houve expressão de sinais de irritação, depressão, tensão e preocupação que as pacientes com câncer de mama apresentaram em ambos os estudos. Esses resultados nos levam a inferir que as pacientes com câncer de mama necessitam de mais assistência nos aspectos emocionais, maior atenção dos profissionais da saúde para conseguirem enfrentar o tratamento, bem como a doença. Observamos, ainda, que a escala funcional de ambos os estudos apresentaram pequenas diferenças entre os valores dos escores (MACHADO; SAWADA, 2008).

Ao verificar a escala de sintomas que avalia a fadiga, a náusea e vômito e a dor em nosso estudo, verificamos que os escores dos domínios variavam de 6,44 a 22,56; a dor foi o sintoma mais prevalente, no entanto, através da avaliação do valor do escore, constatamos que essas pacientes apresentaram pouca dor. Náusea e vômito foram os sintomas menos prevalentes em nossas pacientes; elas quase não apresentaram esses sintomas.

Um estudo brasileiro com 82 pacientes com câncer de mama avaliou a QV

das pacientes, sendo as mesmas divididas em dois grupos: um grupo com linfedema e outro sem linfedema. Foi utilizado o instrumento EORTC QLQ C30 para atingir os objetivos do estudo, sendo constatado que, na escala de sintomas, a fadiga teve um escore de 25,99 nas pacientes sem linfedema e 27,08 nas pacientes com linfedema. O sintoma náusea e vômito foi o menos frequente nas pacientes desse estudo, apresentando os escores variando de 6,77 a 9,67, sendo respectivamente pacientes com linfedema e pacientes sem linfedema. A dor foi o sintoma mais frequente, variando de 24,67 a 38,03. Esses resultados são respectivamente das pacientes sem linfedema e das pacientes com linfedema. Com relação aos sintomas (dor, náuseas e vômito), esse estudo se assemelha ao nosso, sendo em ambos a dor o sintoma que mais incomoda as pacientes, e náusea e vômito o sintoma menos expressivo (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

Ao avaliar os seis itens que demonstram os sintomas mais referidos pelas pacientes com câncer, constatamos que a insônia foi o sintoma que mais acometeu as pacientes do nosso estudo, com escore de 33,07. Esse valor mostra que as pacientes apresentaram alguma dificuldade para dormir. O sintoma que menos as acometeu foi a diarreia, que apresentou escore de 4,59, o que mostra que as pacientes apresentaram pouco sintoma gastrointestinal. No estudo de Dawes e colaboradores (2008), que avaliou a QVRS de pacientes com câncer de mama, constatou-se que o sintoma mais referido pelas pacientes e que apresenta maior deterioração entre os 6 itens avaliados foi a insônia. Esse dado é similar ao resultado encontrado em nosso estudo (DAWES et al., 2008).

A presença de insônia pode estar influenciando a função emocional que foi o domínio mais afetado nessas pacientes. De acordo com o referencial teórico adotado, os domínios estão relacionados, e a presença de um sintoma pode interferir nas funções físicas, emocionais e cognitivas. Um dos problemas mais temidos pelas mulheres submetidas à cirurgia de câncer de mama são os efeitos psicossociais causados na autoimagem que podem provocar baixa autoestima e distanciamento das atividades sociais. Uma forma de amenizar os sintomas e melhorar a QVRS dessas pacientes é através das terapias complementares. Vários estudos já demonstraram os efeitos da massagem, acupuntura, relaxamento com visualização na redução dos sintomas como dor, fadiga, ansiedade, náuseas e depressão (CASSIELETH; VICKERS, 2004).

Ao observar a escala de impacto financeiro do tratamento e da doença em

nossas pacientes, constatamos que o escore foi de 31,02, o que nos leva a concluir que ocorreu dificuldade financeira ocasionada pelo tratamento ou pela doença. O valor desse escore é similar ao de outros estudos (NICOLUSSI; SAWADA, 2011; ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

A escala de saúde global e QV em nossa amostra apresentou um escore de 77,81, demonstrando que as pacientes consideravam apresentar boa condição física e QV. Esse resultado assemelha-se ao resultado encontrado em outro estudo, o que configura a semelhança de nossos resultados com os da literatura pesquisada (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010).

Ao estudar QVRS, percebemos que existe uma interação entre os domínios, e uma modificação em apenas um domínio poderá acarretar alterações positivas ou negativas no construto QVRS. Também observamos que, ao estudar a QVRS das pacientes com câncer de mama, podemos avaliar o resultado do tratamento, bem como a influência da doença para elas. Dessa forma, é aconselhável proporcionar um planejamento de assistência multiprofissional, visando a um cuidado holístico a essas pacientes que enfrentam uma situação difícil, a qual interfere na sua vida e nas relações familiares.

7. CONCLUSÃO

Este estudo nos permitiu as seguintes conclusões:

- com relação às características sociodemográficas: entre as mulheres acometidas por câncer de mama, 181 (100%) pacientes variavam na faixa etária de, no mínimo, 20 anos e, no máximo, 83 anos; a maioria delas era casada (59,1%), e o nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto (43,09%) e se ocupam com trabalho doméstico (64,08%).
- as características clinicas do total de 181 (100%) pacientes foram: 51,93% apresentaram a doença na mama esquerda e 48,06% na mama direita. Os tipos de cirurgia mais frequentes foram: mastectomia simples com esvaziamento axilar (22,65%); tumorectomia com esvaziamento axilar (16,02%); quadrantectomia com esvaziamento axilar (14,36%) e mastectomia a Patey com esvaziamento axilar em (13,81%). Das 181 (100%) pacientes, 141 (77,90%) foram submetidas à linfadenectomia axilar ou esvaziamento axilar. Quanto ao diagnóstico, a maioria teve carcinoma ductal infiltrante (76,24%), com receptor hormonal estrógeno (61,87%) e receptor hormonal progesterona (49,72%) positivos. Com relação ao tamanho do tumor, a maioria estava entre 1,0 cm a 1,9 cm (28,17%) e entre 2,0 a 3,0 cm (29,83%). Quanto ao número de gânglios linfáticos retirados a maioria encontrava-se na faixa de 1 a 10 gânglios (37,01%) e 11 a 20 gânglios linfáticos (35,91%). Com relação ao estadiamento do tumor, a maioria encontravam-se entre o estádio II A (25,96%) e III A (20,99%). Com relação ao tratamento, a maioria foi submetida à cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (37,56%).
- o linfedema no membro superior homolateral a intervenção cirúrgica foi encontrado em 28,72% da amostra estudada, sendo que a maioria teve linfedema moderado. A dor foi encontrada em 43,09% da amostra. O linfedema e a dor são as principais sequelas após o tratamento do câncer de mama, e, portanto, importantes sintomas a serem investigados, com o intuito de prevenir-se sua instalação e assistir as pacientes após o diagnóstico.
- Ao analisar a QVRS, observou-se que o domínio mais afetado foi a função emocional em que a média foi de 63,39. O estado geral de saúde e QV foi

de 77,81; isso significa que as pacientes consideraram o seu estado de saúde e QV satisfatórios. Com relação aos sintomas mais presentes nesta amostra, encontrou-se como mais frequentes: a fadiga, com média de 22,10; a dor, com média de 22,56; a constipação, com média de 29,40 e a insônia, com média de 33,07. A escala financeira teve média de 31,02, demonstrando que o tratamento e a doença causam impacto também na área financeira. Esses resultados apontam para o fato de que a presença de sintomas influencia nos domínios de função e na QVRS.

A partir dos resultados obtidos neste estudo, verificamos a necessidade de estudos contemplarem os construtos abordados, bem como estudos cuja busca sejam novas técnicas que propiciem a diminuição da dor e do linfedema após o tratamento cirúrgico do câncer de mama. Esperamos que esses resultados auxiliem a equipe multiprofissional no planejamento da assistência às mulheres com linfedema após o tratamento do câncer de mama, em especial às fisioterapeutas.

REFERÊNCIAS

AAROSON, N. K. Methodological issues in psychosocial oncology with special reference to clinical trials. In: VENTOFRIDDS, V.; VAN DDAM, F. S. A. M.; YANCIK, R.; TAMBURINI, E. M. (Org). **Assessment of quality of life and cancer treatment**. Amsterdam: Elsiever, 1988. p. 29-42.

AAROSON, N. K.; AZMEDZAI, S.; BERGMAN, B. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ C30: a quality of life instrument for use internacional clinical trials in oncology. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 85, p. 365-376, 1993.

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognóstico no câncer de mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.

AHMED, R. L. et al. Lymphedema and quality of life in breast cancer survivors: The Iowa women's health study. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 26, n. 35, p. 5689-5696, 2008.

ALBERT, U. S. et al. Early self – reported impairment in arm functioning of primary breast cancer patients predict late side effects of axillary lymph node dissection: results from a population-based cohort study. **Breast Cancer Resarch Treatment**, Boston, v. 100, p. 258–292, 2006.

ALEGRANCE, F. C.; SOUZA, C. B.; MAZZEI, R. L. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 341-351, 2010.

ARMER, J. et al. Predicting breast cancer-related lymphedema using self-reported symptoms. **Nursing Research**, New York, v. 52, n. 6, p. 370-379, 2003.

BARON, R. H. et al. Eighteen sensations after breast cancer surgery: a 5 year comparison of sentinel lymph node biopsy and axillary lymph node dissection. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 14, n. 5, p. 1653-1661, 2007.

BARROS, V. M. **Linfedema pós-câncer de mama**: protocolo de tratamento com estimulação elétrica de alta voltagem. 2009. 84f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BARROS, A. C. S. D. et al. Diagnóstico e Tratamento do câncer de mama. **Projeto Diretrizes:** Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2001. p. 1-15.

BATISTON, A. P.; SANTIAGO, M. S. Fisioterapia e complicações físico-funcionais após tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 30-35, 2005.

BERGMANN, A. et al. Arm symptoms and overall survival in Brazilian patients with advancd breast cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 12, p. 2939-2942, 2011.

BERGMANN, A. et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 97–109, 2006.

BERGMANN, A. **Prevalência do linfedema subseqüente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro**. 2000. 142f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 311-320, 2004.

BERGMANN, A.; MATTOS, I. E.; KOIFMAN, R. J. Fatores de risco para linfedema após câncer de mama: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 207-213, 2008.

BOFF, M. I. et al. Biópsia do Linfonodo Sentinela em câncer de mama – experiência pessoal. **Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 50, n. 3, p. 211-216, 2006.

BORG, G. **Borg's perceived exertion and pain scales**. United States: Human Kinetics, 1998.

BOWLING, A. **Measuring disease**: a review of disease – specific quality of life measurement scales. 2nd ed. Phildelphia: Open University Press, 2001.

BRABO, E. P. **Validação para o Brasil do questionário de qualidade de vida para pacientes com câncer de pulmão (QLQ – LC 13) da Organização Européia para pesquisa e tratamento do câncer**. 2006. 1524f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA. 2004.

_____. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http: www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa/2012 2111.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2011.

_____. **TNM**: Classificação de Tumores Malignos. Tradução de Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELOS, M. T. L. Survival of breast cancer women in the state of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 481-489, 2009.

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Rocca, 2000.

CASSIELETH, B. R.; VICKERS, A. J. Massage therapy for symptom control: outcome study at major cancer center. **Journal of Pain and Sympton Management**,

Madison, v. 28, p. 244 – 249, 2004.

CELLA, D. F. Quality of life: concept and definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 9, n. 3, p. 186-192, 1994.

CELLA, D. F.; TULSKY, D. S. Measuring quality of life today: methodological aspects. **Oncology**, New York, v. 4, p. 29-38, 1990.

CHEN, C. M. et al. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient – reported outcome measures. **The Breast Journal**, Cambridge, v. 16, n. 6, p. 587-597, 2010.

CHRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, Colorado, v. 16, p. 297-334, 1951.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ministério da Saúde (BR). Resolução n^{0} 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc>. Acesso em: 20 set. 2009.

COUCEIRO, T. C. M. et al. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 314-320, maio/jun. 2009.

CURADO, M. P. Breast cancer in world: incidence and mortality. **Salud Pública de México**, Cuernavaca, v. 53, n. 5, p. 372-384, 2011.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-536, 2003.

DAWES, D. J. et al. Impact of lymphoedema on arm function and health – related

quality of life in women following breast cancer surgery. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Stockholm, v. 40, p. 651-658, 2008.

DAWOOD, S. Triple-negative breast cancer. **Drugs**, v. 70, n. 17, p. 2247-2258, 2010.

DEO, S. V. S. et al. Prevalence and risk factors for development of lymphedema following Breast Cancer Treatment. **Indian Journal of Cancer**, Mumbai, v. 41, n. 1, p. 8-12, Jan./Mar. 2004.

DINI, D. et al. Treatment of the post-mastectomy pain syndrome with topical capsaicin. **Pain**, Amsterdam, v. 54, p. 223–226, 1993.

DISIS, M. L. Immune Regulation of Cancer. **Journal of Clinical Oncology**, Seattle, v. 28, n. 29, p. 4531-4538, 2010.

EBAUGH, D.; SPINELLI, B.; SCHMITZ, K. H. Shoulder impairments and their association with symptomatic rotator cuff disease in breast cancer survivors. **Medical Hypotheses**, Penrith, v. 77, p. 481–487, 2011.

EPPLEIN, M. et al. Quality of life after breast cancer diagnosis and survival. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 20, n. 4, p. 406-412, 2011.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability and sensitivity. In: _____. **Quality of Life**: assessment, analisis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2007. p. 45-71.

FAYERS, P. M. et al. **The EORTC QLQ - C30 Scoring Manual**. 3rd ed, Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer, 2001.

FERNANDES, A. F. C. et al. O prognóstico de câncer de mama na gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1453-1461, 2011.

FERRARI, B. L. et al. Câncer de mama metastático. In: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. **Manual de Condutas 2011**. Belo Horizonte, Prol Editora, 2011. p. 61-72.

FERREL, B. R.; DOW, K. H.; GRANT, M. Measurement of quality of life in cancer survivors. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 4, p. 523-31, 1995.

FLECK, M. P. A. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999.

FREITAS – SILVA, R. et al. Comparison of quality of life, satisfaction with surgery and shoulder – arm morbidity in breast cancer survivors submitted to breast – conserving therapy or mastectomy followed by immediate breast reconstruction. **Clinical Science**, Oxford, v. 65, n. 8, p. 781-787, 2010**.**

FU, M. R. et al. The effect of providing information about lymphedema on the cognitive and symptom outcomes of breast cancer survivors. **Annals of Surgical Oncology,** New York, n. 17, p. 1847-1853, 2010.

GÄRTNER, R. et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. **JAMA**, Chicago, v. 302, n. 18, p. 1985-1992, 2009.

GOZZO, T. O. **Movimentação precoce do braço no controle do seroma pós – linfadenectomia**. 2005. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

HACK, T. F. et al. Predictors of arm morbidity following breast cancer surgery. **Psycho - Oncology**, Chichester, v. 19, p. 1205-1212, 2010.

HAMNER, J. B.; FLEMING, M. D. Lymphedema therapy reduces the volume and pain in patients with breast cancer. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 14, n. 6, p. 1904-1908, 2007.

HAYES, D. F. Targeting adjuvant chemotherapy: a good idea that needs to be proven. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 30, n. 12, p. 1264-1267, 2012.

HAYES, D. F. et al. Her2 and response to paclitaxel in node-positive breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 357, p. 1496-1506, 2007.

HAYES, S. C. et al. Lymphedema after breast cancer: incidence risk factors, and effect on upper body function. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 26, n. 21, p. 3536-3542, 2008.

HOJRIS, I. et al. Late treatment – related morbidity in breast cancer patients randomizes to postmastectomy radiotherapy and systemic treatment versus systemic treatment alone. **Acta Oncologica**, Stockholm, v. 39, n. 3, p. 355-372, 2000.

HUSKINSSON, E. C. Visual Analogue Scales. In: Melzack, R. **Pain measurement and assessment**. New York: Raven Press, 1983. p. 33-37.

JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.

JUNG, B. F. et al. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. **Pain**, Amsterdam, v. 104, p. 1-13, 2003.

KARGEARGES, J. R. et al. Concurrent validity of upper – extremity volume estimates: comparison of calculated volume derived from girth measurements and water displacement volume. **Physical Therapy**, Albany, v. 83, n. 2, p. 134-145, 2003.

KOOTSTRA, J. et al. Quality of life sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection stage I / II breast cancer patients: a prospective longitudinal study. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 15, n. 9, p. 2533-2541, 2008.

KOOTSTRA, J. J. et al. A longitudinal comparison of arm morbidity in stage I – II breast cancer patients treated with sentinel lymph node biopsy, sentinel lymph node biopsy followed by completion lymph node dissection, or axillary lymph node dissection. **Annals of Surgical Oncology**, New York, v. 17, n. 9, p. 2384-2394, 2010.

KWAN, B. W. et al. Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 20, p. 4242-4248, 2002.

LEE, B. L. et al. Breast cancer in Brazil: present status and futures goals. **The Lancet Oncology**, London, v. 13, p. 95-102, 2012.

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sócio demográfico e clinico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011.

LOUNDON, A. et al. The effect of yoga on women with secondary arm lymphoedema from breast cancer treatment. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 66, n. 12, p. 3-9, 2012.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 17, p. 750-757, 2008.

MARCHETTI, A. H. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no sistema público de saúde de São Carlos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 394-402, 2007.

MCLAUGHLIN, S. A. et al. Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: patient perceptions and precautionary behaviors. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 26, n. 32, p. 5220-5226, 2008.

MEIRELLES, M. C. C. C. **Efetividade de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós – cirurgia por câncer de mama em mulheres**. 2003. 160f. Dissertação (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

NAKIB, M. A. et al. Quality of life at 2 years follow up after sentinel lymph node biopsy, immediate or delayed axillary dissection for breast cancer. **The Breast Journal**, Cambridge, v. 16, n. 5, p. 555-557, 2010.

NESVOLD, I. L. et al. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast – conserving therapy versus mastectomy. **Acta Oncologica**, Stockholm, v. 47, p. 835-842, 2008.

NESVOLD, I. L.; REINERTSEN, K. V. The relation between arm / shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross – sectional and longitudinal study. **Journal Cancer Survivorship**, New York, v. 5, p. 62-72, 2011.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759-766, 2011.

NIELSEN, I.; GORDON, S.; SELBY, A. Breast cancer related lymphoedema risk reduction: a challenge for health professionals. **Cancer Treatment Reviews**, London, v. 34, p. 621-628, 2008.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.

ORNELAS, F. A.; RODRIGUES, J. R. P.; UEMURA, G. Análise sensitiva convencional no pós-cirúrgico de câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 53-59, 2009.

PAIVA, D. M. F. et al. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 2, p. 75-80, 2011.

PASCOAL, C. K. P. et al. Relatos de mulheres submetidas à biópsia do linfonodo sentinela quanto as orientações recebidas para prevenção do linfedema: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 219-226, 2010.

PASKETT, E. D. et al. The epidemiology of arm and hand swelling in premenopausal breast cancer survivors. **Cancer Epidemiol Biomarkers & Prevention**, Philadelphia, v. 16, n. 4, p. 775-782, 2007.

PAZ, W. A. Biópsia de linfonodo sentinela – experiência clínica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 303-308, 2001.

PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós – operatória: uma breve revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 77-84, 1998.

PETREK, J. A. et al. Lymphedema in a Cohort of breast cancer carcinoma survivors 20 years after diagnosis. **CANCER**, New York, v. 92, n. 15, p. 1368-1377, 2001.

PIMENTA, C. A. M.; FERREIRA, K. A. S. L. Dor no doente com câncer. In: Pimenta, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. M. **Dor e cuidados paliativos**. São Paulo: Manole, 2006. p.124-166.

PIMENTEL, M. D.; SANTOS, L. C.; GOBBI, H. Avaliação Clínica da dor e sensibilidade cutânea de pacientes submetidas à dissecção axilar com preservação do nervo intercostobraquial para tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 6, p. 291-296, 2007.

PINOTTI, J. A. Câncer de mama: tratamento conservador. In: HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Rocca, 2000. p. 2055-2064.

QUADROS, L. G. A.; GEBRIM, L. H. A pesquisa do linfonodo sentinela para o câncer de mama na prática clínica do ginecologista brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 3, p. 158-164, 2007.

REZENDE, L. F.; BRANDINO, H. E.; CLACO, E. F. S. Avaliação da eficácia de medidas preventivas do linfedema secundário ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 140-144, 2008.

SEYMOR, R. A. et al. An evaluation of length and end – pharase of visual analogue scales in dental pain. **PAIN**, Amsterdam, v. 21, p. 177- 185, 1985.

SHAH, C. et al. Factors associated with the development of breast cancer – related lymphedema after whole breast irradiation. **International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physcs,** Elmsford, v. 83, n. 4, p. 1095 – 1100, 2012.

SIEGEL, R.; NAISHADHAM, D.; JEMAL, A. Cancer Statistics, 2012. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Norwich, v. 62, p. 10 – 29, 2012.

SIEGEL, R. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, Norwich, v. 62, p. 220-241, 2012.

SILVA, M. P. P. et al. Comparação das morbidades pós operatórias em mulheres submetidas à linfadenectomia axilar e biópsia do linfonodo sentinela por câncer de mama – Revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 185-192, 2008.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

SOUZA, V. P. et al. Fatores predisponentes ao linfedema de braço referido por mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 87-93, 2007.

THOMAS - MACLEAN, R. L. T. et al. Arm morbidity and disability after breast cancer: new directions for care. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 35, n. 1, p. 65-71, 2008.

TSUCHIYA, M.; HORN, S.; INGHAM, R. Information provison and problem – solving process in Japanese breast cancer survivors with lymphoedema symptoms. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 26, p. 53 – 60, 2012.

VON - MINCKWITZ, G. et al. Neoadjuvant Chemotherapy and Bevacizumab for HER 2- Negative Breast Cancer. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 366, p. 299-309, 2012.

WELLS, B. L.; HORM, J. W. Stage at diagnosis in breast cancer: race and socioeconomic factors. **American Journal of Public Health**, Bethesda, v. 82, p. 1383–1385, 1992.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medice**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

YERUSHALMI, R.; HAYES, M. M.; GELMON, K. A. Breast carcinoma – rare types: review of the literature. **Annals of Oncology**, Oxford, v. 20, n. 11, p. 1763-1770, 2009.

ZANDONAI, A. P.; SONOBE, H. M.; SAWADA, N. O. Os fatores de riscos alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 234-239, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa:

AVALIAÇÃO DA DOR, DO LINFEDEMA E DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.

Pesquisador Responsável: Andréa Cristina Meneghini Crefito n 79009-F
Telefone para contato: (016) – 91006799

ESCLARECIMENTO AO SUJEITO DA PESQUISA

O câncer de mama é uma doença crônica e o seu tratamento gera algumas sequelas em sua portadora, como o linfedema e a dor. É importante o aprendizado da paciente sobre sua doença, as sequelas que ocasiona, bem como conhecer as limitações impostas.

Através do questionário, será constatado se a paciente apresenta linfedema e dor e se esses sintomas estão interferindo em sua qualidade de vida relacionada à saúde. Para saber isso, é preciso aplicar os questionários, o apêndice com os dados clínicos e terapêuticos e mensurar a presença de dor e linfedema. Esses dados irão ajudar no planejamento da assistência aos pacientes com câncer de mama.

Nós estamos convidando a senhora para participar de uma pesquisa para descobrirmos se possuem linfedema e dor e se os mesmos interferem na sua qualidade de vida relacionada à saúde.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, não terá custos para a senhora e o seu nome será mantido em sigilo, não aparecendo nos resultados da pesquisa. O seu tratamento continuará normalmente, mesmo se não concordar em participar. Caso concorde, poderá também desistir a qualquer momento, sem prejuízo para o seu tratamento e sem qualquer tipo de constrangimento.

Eu, , abaixo-assinada, tendo sido devidamente esclarecida sobre todas as condições de que se trata o Projeto de Pesquisa intitulado AVALIAÇÃO DA DOR, DO LINFEDEMA E DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES COM CÂNCER

DE MAMA, que tem como pesquisadora responsável Andréa Cristina Meneghini, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetida, aos riscos e benefícios, à forma de ressarcimento das despesas decorrentes da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados.

1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta, esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.

2- A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo à continuidade do tratamento.

3- A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à privacidade.

4- O compromisso de que será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar a vontade de continuar dele participando.

5- O único desconforto será o tempo gasto para responder às perguntas dos questionários.

_____

Assinatura da paciente

_____

Assinatura da pesquisadora

Ribeirão Preto, de de .

APÊNDICE 2 - Instrumento Construído para Caracterização dos Dados Sociodemográficos

1) Nome: Registro:

2) Data de nascimento: Data da entrevista:

3) Estado Civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) viúva ( ) separada

4) Grau de Instrução: ( ) analfabeto ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) ensino superior incompleto ( ) ensino superior completo

5) Ocupação atual:

Dados Clínicos

6) Lado da mama acometido:

7) Data da cirurgia:

8) Tipo histológico do tumor:

9) Localização primária do tumor:

10) Receptor progesterona: ( ) sim ( ) não

11) Receptor estrógeno: ( ) sim ( ) não

12) HER2: ( ) sim ( ) não

13) Tipo de Cirurgia: ( ) Mastectomia de Halsted; ( ) Mastectomia de Patey; ( ) mastectomia de Madden ( ) Quadrantectomia ( ) tumorectomia

14) Realizou reconstrução mamária: ( ) sim ( ) não

15) Realizou esvaziamento axilar: ( ) sim ( ) não

16) Apresenta sensação de braço pesado: ( ) sim ( ) não Há quanto tempo:

17) Apresenta sensação de formigamento no braço: ( ) sim ( ) não. Há quanto tempo:

18) Apresenta dor no braço do lado que recebeu o tratamento: ( ) sim ( ) não

19) Apresenta edema (inchaço) no braço do lado que fez a cirurgia:( ) sim ( ) não

20) Há quanto tempo notou o braço inchado: ( ) dias ( ) meses ( ) anos

21) Fez algum tratamento para o inchaço do braço: ( ) sim ( ) não Qual:

22) Fez algum tratamento para dor: ( ) sim ( ) não Qual:

23) Fez algum tratamento para a sensação de formigamento do braço: ( ) sim ( ) não

24) Tratamentos realizados: ( ) radioterapia ( ) quimioterapia ( ) hormonioterapia ( ) outros

25) Quimioterapia adjuvante: ( ) sim ( ) não

26) Quimioterapia neoadjuvante: ( ) sim ( ) não

27) Número de glânglios linfáticos retirados:

28) Número de gânglios acometidos:

29) Estadiamento clínico:

30) Tamanho do tumor no exame radiológico:

31) Tamanho do tumor no exame anatomopatológico:

32) Metástases: ( ) sim ( ) não Qual?

33) Seroma: ( ) sim ( ) não

34) Comorbidades: ( ) sim ( ) não Qual?

35) Operações prévias: ( ) sim ( ) não Qual?

PERIMETRIA

Data:	**Avaliação**	
Braço	Direito	Esquerdo
1 ponto		
2 ponto		
3 ponto		
4 ponto (cotovelo)		
5 ponto		
6 ponto		
Mão		

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 06 de julho de 2010

Ofício nº 2110/2010
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE DOR E LINFEDEMA NO MEMBRO SUPERIOR DE MULHERES PÓS-TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE"** foi analisado "AD REFERENDUM" e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido,** de acordo com o Processo HCRP nº 6066/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
ANDRÉA CRISTINA MENEGHINI
PROFª DRª NAMIE OKINO SAWADA (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA – 0000 2733; IRB – 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS
Fundação Pio XII

Comitê de Ética em Pesquisa

CEP

Para: Andrea Cristina Meneghini

De: Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 05/01/2011

Projeto de Pesquisa: 418/2010

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou em reunião ordinária de 20/12/2010 o projeto de pesquisa **418/2010 "Avaliação da presença de dor e linfedema no membro superior de mulheres pós - tratamento de câncer de mama e sua influência na qualidade de vida relacionada à saúde",** decidindo que o mesmo encontra-se:

"Aprovado"

Solicitamos, que sejam encaminhados ao CEP, relatórios semestrais e final, bem como possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo a fim de se fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos

Rua Antenor Duarte Villela, 1331 – B. Dr. Paulo Prata – Barretos – SP CEP 14784-400 – CNPJ 49.150.352/0001-12
Tel. 17 33216600 R. 6894 – cep@hcancerbarretos.com.br

ANEXO 3 – EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

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

Por favor, preencha suas iniciais: □□□□

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): □□□□□□□□

Data de hoje (dia, mês, ano): □□□□□□□□

1 - Não 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 – Muito

1. Você tem qualquer dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala? 1 2 3 4

2. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma longa caminhada? 1 2 3 4

3. Você tem qualquer dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa? 1 2 3 4

4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia? 1 2 3 4

5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro? 1 2 3 4.

Durante a última semana: 1- Não 2 - Pouco 3 – Moderadamente 4 – Muito

6. Tem sido difícil fazer suas atividades diárias? 1 2 3 4

7. Tem sido difícil ter atividades de divertimento ou lazer? 1 2 3 4

8. Você teve falta de ar? 1 2 3 4

9. Você tem tido dor? 1 2 3 4

10. Você precisou repousar? 1 2 3 4

11. Você tem tido problemas para dormir? 1 2 3 4

12. Você tem se sentido fraco/a? 1 2 3 4

13. Você tem tido falta de apetite? 1 2 3 4

14. Você tem se sentido enjoado/a? 1 2 3 4

15. Você tem vomitado? 1 2 3 4

Por favor, passe à pagina seguinte:

Durante a última semana: 1 - Não 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 – Muito

16. Você tem tido prisão de ventre? 1 2 3 4

17. Você tem tido diarreia? 1 2 3 4

18. Você esteve cansado/a? 1 2 3 4

19. A dor interferiu em suas atividades diárias? 1 2 3 4

20. Você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão? 1 2 3 4

21. Você se sentiu nervoso/a? 1 2 3 4

22. Você esteve preocupado/a? 1 2 3 4

23. Você se sentiu irritado/a facilmente? 1 2 3 4

24. Você se sentiu deprimido/a? 1 2 3 4

25. Você tem tido dificuldade de se lembrar das coisas? 1 2 3 4

26. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar? 1 2 3 4

27. A sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais? 1 2 3 4

28. A sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras? 1 2 3 4

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

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima Ótima

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

1 2 3 4 5 6 7

Péssima Ótima

© Copyright 1995, 1996 EORTC Study Group on Quality of Life. Todos os direitos reservados. Versão 3.0.

ANEXO 4 – Escala Visual Analógica

Instruções para a Escala Analógica Visual para a percepção de dor:

Avalie como você se sente, neste momento (ou na última semana), com relação à dor. Considere a linha abaixo como representando a gama completa das diversas intensidades de dor que você possa sentir. As extremidades esquerda e direita indicam o mínimo e o máximo de dor respectivamente.

Marque claramente essa linha com um traço vertical representativo da quantidade de dor que você sente agora.

0 10