

**Universidades Lusíada**

Louro, Maria Inês da Graça Carita, 1995-

**Qualidade de vida da mulher com cancro de mama : o papel da imagem corporal**

<http://hdl.handle.net/11067/4741>

**Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2019
<b>Resumo</b>	<p>O cancro de mama constitui-se como a doença oncológica mais incidente no género feminino e acarreta um grande impacto na qualidade de vida da mulher desde o momento em que se procede o diagnóstico. Assim, o objetivo principal da presente investigação consistiu na análise da relação entre a imagem corporal e a qualidade de vida da mulher com cancro de mama, mais especificamente compreender a qualidade de vida e a imagem corporal relativamente à idade, tempo de diagnóstico, subtipo e estágio do ca...</p> <p>Breast cancer constitutes the most incident oncologic disease in women and brings great impact on the quality of life of women since the time of diagnosis. Thus, the main objective of this investigation consisted of the analysis of the relationship of the body image in the quality of life in women with breast cancer, specifically understand the quality of life and body image according with the age, time since the diagnosis, type and stage of cancer, number of chemotherapy treatments, type and ti...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Mama - Cancro - Pacientes - Aspectos psicológicos, Qualidade de vida, Imagem corporal nas mulheres
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T10:08:28Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Qualidade de vida da mulher com cancro de  
mama: o papel da imagem corporal**

**Realizado por:**  
Maria Inês da Graça Carita Louro

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Arguente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Mayra Armani Delalibera

Dissertação aprovada em: 6 de novembro de 2019

Lisboa

2019



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

# Qualidade de vida da mulher com cancro de mama: o papel da imagem corporal

Maria Inês da Graça Carita Louro

Lisboa

agosto 2019



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**Qualidade de vida da mulher com cancro de mama:  
o papel da imagem corporal**

**Maria Inês da Graça Carita Louro**

Lisboa

agosto 2019

Maria Inês da Graça Carita Louro

# Qualidade de vida da mulher com cancro de mama: o papel da imagem corporal

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tília Rute Maia Cabrita

Lisboa

agosto 2019

## Ficha Técnica

**Autora** Maria Inês da Graça Carita Louro  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlía Rute Maia Cabrita  
**Título** Qualidade de vida da mulher com cancro de mama: o papel da imagem corporal  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2019

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

LOURO, Maria Inês da Graça Carita, 1995-

Qualidade de vida da mulher com cancro de mama : o papel da imagem corporal / Maria Inês da Graça Carita Louro ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia 1972-

LCSH

1. Mama - Cancro - Pacientes - Aspectos psicológicos
2. Qualidade de vida
3. Imagem corporal nas mulheres
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Breast - Cancer - Patients - Psychological aspects

2. Quality of life

3. Body image in women

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC280.B8 L68 2019

Dedico este trabalho  
À minha Bivó De Matos  
A estrela mais brilhante que está no céu  
E que continua a acompanhar-me em todos os momentos da minha vida.





## **Agradecimentos**

A todas as pessoas que direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste trabalho, queria deixar o meu especial agradecimento.

Em primeiro lugar, aos meus pais, à minha irmã e aos meus avós, pelo investimento que fizeram na minha formação enquanto pessoa e profissional, apoiando-me nos momentos mais complicados e saudando-me nas vitórias. É por vocês que me dedico em tudo o que faço, esperando sempre que o orgulho seja o sentimento que nutrem por mim nos sucessos que conquisto. Obrigado por serem tão importantes para mim.

Ao meu companheiro e melhor amigo Rui, por teres estado ao meu lado em todo o caminho que percorri, por me teres apoiado quando precisava, por teres ouvido todo o meu entusiasmo, por teres sido o ombro em que podia chorar.

Às minhas companheiras e amigas de curso, que estiveram sempre presentes, tanto no trabalho como em momentos mais descontraídos.

À minha orientadora, Professora Dra. Túlia Cabrita, por todo o apoio e orientação incondicional na realização da dissertação, por toda a sua disponibilidade nos momentos em que precisei.

Um gratificante agradecimento para todas as mulheres que, apesar de fragilizadas, se disponibilizaram a responder aos questionários, o que tornou possível o presente trabalho.

Por fim, mas não menos importante, a Deus, foi com Ele que tanto conversei nos momentos de maior angústia e agradei nos momentos de todas as conquistas, por mais pequenas que parecessem. Obrigado por tomares conta de mim.



## Resumo

O cancro de mama constitui-se como a doença oncológica mais incidente no género feminino e acarreta um grande impacto na qualidade de vida da mulher desde o momento em que se procede o diagnóstico. Assim, o objetivo principal da presente investigação consistiu na análise da relação entre a imagem corporal e a qualidade de vida da mulher com cancro de mama, mais especificamente compreender a qualidade de vida e a imagem corporal relativamente à idade, tempo de diagnóstico, subtipo e estágio do cancro, número de tratamentos de quimioterapia, tipo e tempo decorrido desde a cirurgia. Participaram no estudo 100 mulheres com cancro de mama (M=46 anos; DP=7,9). Os instrumentos foram, o questionário sociodemográfico, a Escala de Imagem Corporal (BIS), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30) e o seu módulo específico ao cancro de mama, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23). De um modo geral, os resultados obtidos demonstram que as mulheres percecionam uma baixa qualidade de vida e imagem corporal, existindo uma interação entre ambas. A qualidade de vida apresenta-se elevada quando mais tempo de diagnóstico com cirurgia conservadora e menor tempo desde a realização desta, e menor sintomatologia. A imagem corporal, por outro lado, torna-se melhor quando as idades das mulheres são mais avançadas, apresentando níveis de funcionamento superiores e mais perspetivas futuras.

**Palavras-chave:** Cancro de mama; Qualidade de vida; Imagem corporal; Mulher; Quimioterapia



## Abstract

Breast cancer constitutes the most incident oncologic disease in women and brings great impact on the quality of life of women since the time of diagnosis. Thus, the main objective of this investigation consisted of the analysis of the relationship of the body image in the quality of life in women with breast cancer, specifically understand the quality of life and body image according with the age, time since the diagnosis, type and stage of cancer, number of chemotherapy treatments, type and time since surgery. The study included 100 women with breast cancer (M=46 years old; SD=7,9). The instruments used were, the socio-demographic questionnaire, the Body Image Scale, the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 (EORTC QLQ - C30), and breast cancer module, the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer - Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ - BR23). All in all, the results show that the women. In general, the results show that women perceive a low quality of life and body image, existing interaction between both. The quality of life is elevated when longer the diagnosis, with conservative surgery and shorter time since the performance of this and less symptomatology. Body image, on the other hand, becomes better when women's ages are more advanced, presenting higher operating levels and more future perspectives.

**Keywords:** Breast cancer; Quality of life; Body image; Women; Chemotherapy.



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Distribuição dos participantes segundo o estágio de cancro de mama</i> .....	39
Tabela 2 – <i>Distribuição dos participantes em função do tipo de cirurgia</i> .....	40
Tabela 3 - <i>Distribuição dos participantes em função do tempo de cirurgia</i> .....	40
Tabela 4 - <i>Distribuição dos participantes em função dos tratamentos</i> .....	40
Tabela 5 - <i>Estatísticas descritivas referente à qualidade de vida no cancro, qualidade de vida no cancro de mama e imagem corporal</i> .....	49
Tabela 6 - <i>Estatística descritiva referente ao questionário de qualidade de vida no cancro</i> .50	
Tabela 7 - <i>Estatística descritiva referente ao questionário de qualidade de vida no cancro de mama</i> .....	51
Tabela 8 - <i>Apresentação dos valores médios obtidos no questionário de qualidade de vida no cancro (n= 100) com os valores de referência da EORTC (média M e desvio padrão DP)</i> ...52	
Tabela 9 - <i>Apresentação dos valores médios obtidos no questionário qualidade de vida no cancro de mama (n= 100) com os valores de referência da EORTC (média M e desvio padrão DP)</i> .....	53
Tabela 10 - <i>Estudo de relação entre a qualidade de vida global e a imagem corporal</i> .....	55
Tabela 11 - <i>Estudo de relação entre os elementos da qualidade de vida no cancro, qualidade de vida no cancro de mama e a imagem corporal (n=100)</i> .....	55
Tabela 12 - <i>Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e da qualidade de vida (QV) (n=100)</i> .....	57
Tabela 13 - <i>Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e a Imagem Corporal</i> .....	59
Tabela 14 - <i>Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e a idade</i> .....	61
Tabela 15 - <i>Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e o tempo de diagnóstico</i> .....	62
Tabela 16 - <i>Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e o tempo de cirurgia</i> .....	63

Tabela 17 - <i>Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e a quantidade de tratamentos de quimioterapia realizados</i> .....	64
Tabela 18 - <i>Diferença entre os subtipos de cancro de mama quanto à qualidade de vida global, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida no cancro de no cancro de mama e imagem corporal</i> .....	65
Tabela 19 - <i>Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com a realização ou não de cirurgia</i> .....	66
Tabela 20 - <i>Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com tipo de cirurgia</i> .....	67
Tabela 21 - <i>Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com número de tratamentos de quimioterapia realizados</i> .....	67
Tabela 22 - <i>Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com estágio do cancro de mama</i> .....	68
Tabela 23 - <i>Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com o tempo de diagnóstico</i> .....	69
Tabela 24 - <i>Estudo das variáveis tempo de diagnóstico, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, numero de tratamentos e variáveis de funcionamento e sintomas como preditores da qualidade de vida</i> .....	70
Tabela 25 - <i>Regressão linear das variáveis como preditores do Qualidade de vida</i> .....	70
Tabela 26 - <i>Estudo das variáveis idade, tempo de diagnóstico, subtipo de cancro, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, numero de tratamentos e variáveis de funcionamento e sintomas como preditores da imagem corporal</i> .....	71
Tabela 27 - <i>Regressão linear das variáveis como preditores da imagem corporal</i> .....	71



Tabela 28 - <i>Estudo das variáveis de funcionamento e idade como preditores da imagem corporal.....</i>	72
Tabela 29 - <i>Regressão linear das variáveis como preditores da imagem corporal .....</i>	72
Tabela 30 - <i>Estudo das variáveis sintomas como preditores da qualidade de vida .....</i>	72
Tabela 31 - <i>Regressão linear das variáveis como preditores da qualidade de vida .....</i>	73



## Lista de Figuras

<i>Figura 1</i> - Distribuição dos participantes segundo o subtipo de cancro de mama .....	39
<i>Figura 2</i> - Síntese dos resultados das variáveis que influenciam a imagem corporal e a qualidade de vida .....	82



## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

BIS	-	Body Image Scale
BRB	-	Sintomas Braço
BRC	-	Perda de Cabelo
BRES	-	Efeitos Secundários Terapia Sistémica
BRFC	-	Funcionamento Sexual
BRIC	-	Imagem Corporal
BRP	-	Sintomas Peito
BRPF	-	Perspetivas Futuras
BRPS	-	Prazer Sexual
CD	-	Dor
CDF	-	Dificuldades Financeiras
CDFU	-	Desempenho Funcional
CDI	-	Dispneia
CDIS	-	Carcinoma Ductal In Situ
CDLI	-	Carcinoma Ductal Invasivo
CDR	-	Diarreia
CEF	-	Funcionamento Físico
CEG	-	Estado Global de Saúde
CF	-	Fadiga
CFC	-	Funcionamento Cognitivo
CFE	-	Funcionamento Emocional
CFS	-	Funcionamento Social
CI	-	Insónia
CL	-	Carcinoma Lobular

CO	-	Obstipação
CPA	-	Perda de Appetite
CV	-	Náuseas/Vomitar
DP	-	Desvio Padrão
DPM	-	Doença de Paget's do Mamillo
EORTC	-	European Organization for Research and Treatment of Cancer
EORTC QLQ C30	-	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30
EORTC QLQ- BR23	-	European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire
I	-	Inflamatório
LA	-	Lumial A
LB	-	Lumial B
M	-	Média
ME	-	Metástico
NL	-	Normal-Like
<i>p</i>	-	Significância
QV	-	Qualidade de vida
SD	-	Standard Deviation
SPSS	-	Statistical Package for Social Sciences
<i>t</i>	.	Estatística
TN	-	Triplo Negativo

## Índice

Agradecimentos .....	VII
Resumo .....	IX
Abstract .....	XI
Lista de Tabelas .....	XIII
Lista de Figuras .....	XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	XIX
Índice .....	XXI
Introdução .....	1
Enquadramento Teórico .....	7
A Doença Oncológica .....	7
Qualidade de Vida .....	8
Qualidade de Vida no Cancro de Mama .....	11
Variáveis que Influenciam a Qualidade de Vida .....	16
Psicológicas .....	17
Imagem corporal .....	20
Variáveis demográficas .....	21
Efeito dos tratamentos na imagem corporal e qualidade de vida no cancro de mama .....	24
Tratamento adjuvante .....	25
Intervenção cirúrgica .....	27
Follow up das mulheres .....	31
Papel da Imagem Corporal na Qualidade de Vida da Mulher .....	34
Método .....	37
Objetivos .....	37
Participantes .....	38
Instrumentos .....	41
Questionário Sociodemográfico .....	41
Questionário EORTC QLQ-C30 .....	41
Questionário EORTC QLQ-BR23 .....	43
Escala de Imagem Corporal .....	44
Procedimento .....	46
Resultados .....	49
Resultados Descritivos da Qualidade de Vida no Cancro, no Cancro de Mama e da Imagem Corporal .....	49
Exposição dos Valores Médios do Estudo e os Valores Referenciados da EORTC .....	52

Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas da Qualidade de Vida no Cancro, Qualidade de Vida no Cancro de Mama e Imagem Corporal.....	55
Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas e o Estado Geral de Saúde (Qualidade de vida) .....	57
Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas e a Imagem Corporal .....	59
Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas e as Variáveis Sociodemográficas...61	
Estudo dos determinantes da Qualidade de Vida e da Imagem Corporal .....	65
Estudo dos Preditores da Qualidade de Vida.....	70
Discussão .....	75
Referências.....	89
Anexos .....	107
Lista de Anexos.....	109
Anexo A .....	111
Anexo B.....	115
Anexo C.....	119
Anexo D .....	123
Anexo E.....	127
Anexo F.....	131
Anexo G .....	137



## Introdução

O cancro pode ser descrito como uma das patologias mais receadas e predominantes da atualidade, existindo, por parte do doente, uma adaptação ao novo contexto de vida. Sendo uma doença crónica de longo curso, a mulher deve ter um papel ativo nos tratamentos, uma vez que existem muitas mudanças no corpo decorrentes da terapêutica (Laranjeira, 2007). Com o surgimento da doença oncológica, situações de desespero, medo da morte e angústia estão presentes no doente, estendendo-se aos membros da sua família e amigos, mesmo quando a doença apresenta uma cura provável (Pereira & Lopes, 2005).

O cancro de mama apresenta-se como uma das experiências mais traumáticas pela qual as mulheres passam, tendo impacto em diversas dimensões, nomeadamente as físicas, psicológicas ou sociais (Akça, Ata, Nayir, Erdoğan & Arican, 2014). Não sendo considerada singular, a neoplasia mamária é composta por diversos subtipos, tendo em conta as células de origem, os estágios e a evolução da doença. De acordo com a ligação entre estas informações, são definidas as terapias mais ajustadas a cada mulher (Sørli *et al.*, 2003).

A qualidade de vida e a imagem corporal das mulheres com cancro de mama são temas muito estudadas atualmente, no entanto, os mesmos são na sua maioria trabalhados apenas com uma variável. O presente estudo tem como intuito verificar as referidas variáveis em conjunto e de que forma estas influenciam a mulher portadora da neoplasia.

A qualidade de vida pode ser definida como um conceito subjetivo em que os seus elementos centrais variam. É possível referir que a qualidade de vida é a comparação da evolução do nível de satisfação do paciente a nível funcional, com o que é percebido como ideal. Desta forma, apresenta-se como um constructo multidimensional (física, emocional, social, cognitivo, e aspetos somáticos) que varia segundo os objetivos, expectativas,

preferências ou padrões de opinião de cada um (Lehto, Ojanen & Kellokumpu-Lehtinen, 2005).

A investigação, no que toca à qualidade de vida, apresenta na oncologia desenvolvimentos significativos obtidos através de avaliações qualitativas aplicadas aos próprios pacientes, sendo estes que expõem os seus sentimentos. A permanência da avaliação da qualidade de vida pelos próprios doentes permite a abordagem a diversos níveis da doença de forma qualitativa e mais precisa (Osoba, 2011).

Com a ocorrência da neoplasia mamária a mulher presencia uma diminuição do sentimento de feminilidade, estando este baixo nível de imagem corporal correlacionados com a qualidade de vida no que toca a aspetos como o negativismo ou a depressão, que pode ser afetada pelo medo de reincidência da doença (Begovic-Juhand, Chmielewsky, Iwuagwu & Chapman, 2012; Kock *et al.*, 2014).

Após o diagnóstico de cancro, e com o início dos tratamentos, a qualidade de vida, em termos psicológicos, sociais, religiosos e físicos, apresenta níveis inferiores quando comparado com indivíduos não portadores da doença, visto que existem diversas alterações no corpo ao longo do tempo, existindo deste modo a ligação direta entre a qualidade de vida e a imagem corporal (Bagheri & Mazaheri, 2015). Ao ser estudada a imagem corporal na temática do cancro de mama, é possível verificar que mais de metade das mulheres portadoras da doença revelam insatisfação com a perceção da mesma (Guedes *et al.*, 2018)

Diversas variáveis demográficas e clínicas podem apresentar impacto na qualidade de vida e imagem corporal no cancro de mama, como a idade, tempo de diagnóstico, subtipo de cancro de mama, estágio da doença, tipo de cirurgia, há quanto tempo esta foi realizada e efeitos do tratamento de quimioterapia.

Em idades inferiores, a perceção da mulher relativamente à sua imagem corporal demonstra-se mais negativa, derivada da importância que a mulher coloca na sua aparência, sendo esta alterada significativamente por certos tratamentos, em específico da quimioterapia (Gokgoz *et al.*, 2011). Em oposição, poder-se-á associar uma qualidade de vida e imagem corporal positiva em mulheres com a idade superior, sendo que estas variáveis tendem a serem ainda mais positivas com o aumento do tempo de tratamento (Champion *et al.*, 2014). A terapêutica de quimioterapia apresenta efeitos bastante significativos na mulher, quer a nível físico, como a perda do cabelo ou náuseas ou pela forma de funcionamento no dia a dia, acompanhados pela cadência do funcionamento emocional. O aspeto exterior da mulher poderá perturbar de forma efetiva a qualidade de vida em geral (Chagani, Parpio, Gul & Jabbar, 2017).

A realização de cirurgia é uma etapa pela qual muitas mulheres necessitam de passar durante os tratamentos de cancro de mama. Independentemente da cirurgia realizada, a mulher percebe o corpo alterado, afetando o funcionamento físico e emocional, no entanto a qualidade de vida após a cirurgia, é considerada positiva (Lindwall & Bergbom, 2009). Quando não existe necessidade de mutilação total da mama, mas apenas cirurgia conservadora, a imagem corporal apresenta valores positivos mais elevados (Szutowicz-Wydra *et al.*, 2016).

O cancro de mama apresenta um impacto na vida da mulher pela sua severidade, imprevisibilidade e até possíveis mutações, assim como nos domínios da qualidade de vida, em específico na imagem corporal e perspetivas futuras, sendo durante a quimioterapia que estas alterações são mais predominantes. O contributo do presente estudo poderá vir a prevenir os efeitos negativos da imagem corporal nas várias dimensões da qualidade de vida, em pacientes com cancro de mama.

Tratando-se de um tema particularmente importante que desperta o interesse e motivação, o mesmo foi selecionado para responder à problemática de como é que a imagem corporal afetaria a qualidade de vida de mulheres com a patologia mamária. Nesse âmbito foi realizado um trabalho de pesquisa que se traduz na presente dissertação do 2º ciclo de estudos em Psicologia.

O presente trabalho está estruturado em duas partes principais. O corpo teórico, no qual são apresentados alguns dados de suporte científico fundamentando a base teórica que sustenta o documento e a investigação. Ainda sobre a organização da estrutura do trabalho, importa referir que este foi desenvolvido por quatro secções principais ordenadas segundo a apresentação do enquadramento teórico com conhecimentos de acordo com a atualidade. Em diferentes capítulos procura-se contribuir para a compreensão da problemática geral da qualidade de vida no cancro de mama, bem como da influencia que as diversas variáveis psicológicas e demográficas terão sobre a mesma, incluindo a imagem corporal.

Em termos de investigação empírica, seguidamente apresentam-se todas as etapas do processo desenvolvido, incluindo a amostra, procedimentos, resultados e discussão dos mesmos, de acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, cujo objetivo principal foi avaliar qual a influência da imagem corporal na qualidade de vida da mulher com cancro de mama. Após a descrição sintética dos resultados face aos objetivos propostos e o desenvolvimento da discussão, são apresentadas as principais limitações e sugestões para trabalhos futuros.

Com a obtenção de resultados da análise das variáveis, torna-se possível ter uma representação diferenciada da perceção da mulher acerca da sua qualidade de vida e imagem corporal. A análise de diversos autores indica que a perceção das mulheres acerca das variáveis, apresenta níveis inferiores aos desejáveis. Com a presente investigação, pretende-se descrever os níveis obtidos de acordo com a influência da imagem corporal na qualidade

de vida, possibilitando a obtenção de informações úteis a serem utilizadas posteriormente em intervenções psicológicas mais ajustadas às necessidades das mulheres.

O reconhecimento das necessidades e problemáticas que mais afetam a paciente, proporciona intervenções psicológicas mais ajustadas, sendo necessário desenvolver modelos comportamentais de saúde no que toca à promoção e preservação, para uma melhor recuperação e possibilitando dar respostas às características psicológicas mais debilitadas.



## **Enquadramento Teórico**

### **A Doença Oncológica**

As doenças crónicas são caracterizadas pela persistência ao longo do tempo e pela incapacidade que causam, independentemente de esta ser profunda ou residual, provocando alterações patológicas não reversíveis (Moss-Moris, 2013). O cancro é uma doença crónica e degenerativa que se desenvolve pelo crescimento de células que invadem os tecidos ou diferentes órgãos, sendo provavelmente uma das patologias mais temidas no mundo moderno, devido à conotação negativa à qual está associada (Pereira & Matos, 2002).

Na sociedade a palavra cancro é temida, sendo esta substituída por doença má ou doença incurável (Terreno, 2000) por existir uma associação do cancro com a morte ou ainda com sentimentos como dor, sofrimento ou mutilação do corpo (Duarte, 2000). De acordo com Martins e Silva (2002), os doentes desenvolvem representações sociais e formas de pensamento dependendo do tipo de cancro, por exemplo, os tipos de cancro que provocam maior vergonha são o cancro de mama, da próstata e do cólon, sendo que os considerados mais perigosos passam pelo cancro do cérebro, do pulmão e do sangue.

Viver com a doença crónica implica, na maioria dos casos, que a pessoa realize uma reestruturação da sua vida, em concordância com as pessoas importantes para si, desenvolvendo estratégias que permitam lidar com os sintomas, com as consequências subjacentes da doença e o ajustamento progressivo à mesma no âmbito da reintegração nas relações sociais (Ogden, 1999). Ao longo de todo o processo de tratamento, a doente vivencia tanto perdas a nível físico e emocional, como incertezas acerca do próprio futuro, influenciando não apenas o indivíduo que está a passar pela doença, mas também toda a família. Com este envolvimento e impacto que o cancro acarreta na vida do doente, a

qualidade de vida do mesmo apresenta-se implicada, seja a níveis físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (Paredes *et al.*, 2008).

### **Qualidade de Vida**

A qualidade de vida apresenta um campo em construção e por esse motivo a sua definição não é consistente entre diversos autores, apresentando sempre uma conotação positiva.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995), a qualidade de vida encontra-se inserida nos diversos contextos da vida dos indivíduos, segundo a sua perceção, remetendo para as suas expectativas e valores.

Para se realizar uma interpretação do que é a qualidade de vida, é necessário objetivar aspetos tanto subjetivos, devendo ser avaliada pela perspetiva do indivíduo, como multidimensionais (Cella, 1994). É possível apresentar a qualidade de vida segundo seis domínios (físico, psicológico, social, ambiental, espiritual e nível de independência) nos quais estão inseridas características específicas a serem analisadas. O domínio físico determina a existência ou não de dor assim como o conforto e fadiga. No domínio psicológico insere-se a autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos e concentração. O domínio social refere as relações pessoais e o suporte social. O nível de independência implica a mobilidade, capacidade de trabalho e a dependência de substâncias medicamentosas. A nível do domínio ambiental inclui-se a segurança e proteção, as oportunidades de lazer, nível financeiro, oportunidade de adquirir informações e o ambiente na própria casa. Por fim, o domínio espiritual que representa as crenças e religião que afetam as perspetivas e objetivos da pessoa (WHOOL, 1997).

A qualidade de vida apresenta diversos domínios, como referido anteriormente, que devem ser analisados separadamente quando se estuda o efeito da quimioterapia sobre os



mesmos. Relativamente ao domínio emocional, este apresenta-se como o menos afetado num estudo realizado no Irão, sendo que uma explicação possível remete para a influência da cultura que demonstra que as relações são muito seguras e intensas entre as famílias e amigos. Por outro lado, os domínios mais afetados pela terapêutica residem no bem-estar social e funcional podendo ter como causa a forma como as pessoas lidam com a notícia da doença, enquanto o domínio físico demonstra uma grande alteração que pode ser justificada pelas mudanças decorrentes das suas atividades diárias e rotinas, principalmente quando estão presentes sintomas como náuseas e alguma anorexia (Raouf *et al.*, 2015). Deste modo existe uma grande preocupação acerca do futuro e da sua aparência, esta última decorrente das alterações provocadas no corpo da mulher que afetam outros domínios da sua vida em especial a imagem corporal (Alzabaidey, 2012).

A doença oncológica e as terapias atualmente utilizadas no seu tratamento apresentam uma grande margem de êxito, dependendo da patologia e do seu estágio, mas inevitavelmente apresentam um grande impacto sobre o doente e a sua família, levando conseqüentemente a sofrimento e englobando vários níveis, como físico, psicológico e social, afetando a qualidade de vida do indivíduo (Figueiredo, Araújo & Figueiredo, 2006). Essas alterações significativas ao nível dos sintomas (dor, fadiga...) e funções (ocupacional, social, qualidade de vida global...), na maioria dos casos, não podem ser medidas por testes de imagem ou laboratoriais, devendo a sua avaliação basear-se na opinião do doente, pois permite uma imagem clínica mais adequada, com resultados mais adequados a cada paciente (Osoba, 2011).

A qualidade de vida que depende da doença que a pessoa tem, é uma parte da qualidade de vida geral do indivíduo, abrangendo os sintomas produzidos pela doença ou tratamento, a funcionalidade física, os aspetos psicológicos, sociais, familiares, laborais e

económicos. Quando a qualidade de vida de um doente é analisada fala-se de um conceito ainda mais relativo (Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde), referindo-se ao nível de satisfação em função das suas possibilidades atuais condicionadas pela doença e tratamentos, comparadas com aquelas que o doente pensa serem possíveis ou ideais (Osoba, 2011). A qualidade de vida relacionada com a saúde é um conceito multidimensional, subjetivo e individual. As várias definições existentes sobre “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” incluem a aquisição de informação pertinente que permita melhorar a vida dos pacientes e consequentemente prevenir e minimizar aspetos que contribuam para a sua degradação (Freire, Sawanda, de França, da Costa & Oliveira, 2014).

A avaliação dos domínios da qualidade de vida associada ao cancro de mama vai de acordo com a problemática da doença. A nível do bem-estar psicológico, os maiores impactos surgem no medo de metástase ou de um futuro novo diagnóstico, na influência do próprio conceito e no stress associado aos vários momentos de tratamento. No domínio físico as maiores problemáticas resultantes da experiência do cancro de mama têm a ver com a dor, o cansaço e as alterações na fertilidade, sendo este último, o campo que deve ser mais trabalhado com a mulher. O bem-estar social aparece afetado por problemas ou tensão na família. No que toca ao nível espiritual é característico ser um domínio com uma conotação positiva na sua totalidade, sendo que a exceção é apresentada na incerteza dos pacientes em relação ao que acreditam (Ferrell *et al.*, 1996).

A qualidade de vida nem sempre se apresenta negativa, existindo certas funções mais positivas e outras mais negativas, sendo esta última a função emocional. Uma parte significativa de participantes em estudos com esta dinâmica nomeiam a sua qualidade de vida razoável ou satisfatória, independentemente da existência de sintomas negativos resultantes do tratamento (Lôbo, Fernandes, Almeida, Carvalho & Sawada, 2014).

## **Qualidade de Vida no Cancro de Mama**

Cancro é o termo usado para caracterizar uma doença que implica o crescimento anormal de células que se podem estender a outros órgãos, podendo afetar qualquer parte do corpo e é distinto segundo a sua anatomia e parte molecular, o que irá formar os subtipos que devem ter abordagens diferentes. Para além da palavra cancro, pode utilizar-se os termos “tumor maligno” ou “neoplasia” (World Health Organization, 2018).

O cancro de mama resulta de um crescimento descontrolado das células que forma uma massa designando-se esta de tumor, pelo que, quando existe um desenvolvimento avançado, realça-se na pele um nódulo que deve rapidamente ser examinado por um especialista. Tanto homens como mulheres estão predispostos à existência de cancro de mama, contudo, a probabilidade e estatísticas já estudadas demonstram que a mulher apresenta uma maior incidência (American Cancer Society, 2017a).

Após o desenvolvimento de investigações para uma atualização das estimativas levadas a cabo pela American Cancer Society (2018), os resultados apontam para um aumento de aparecimento tanto de novos casos como o aumento da mortalidade no que toca ao cancro, relativamente ao ano anterior. De um modo mais global, a estimativa feita para o aparecimento de novos casos em todos os tipos de cancro é de 1.735.350 em 2018 em termos mundiais, sendo que destes, 268.670 são referentes ao cancro de mama e a sua maioria (266.120 casos) estão presentes em mulheres. No que toca à mortalidade, esta apresenta um valor de estimativa de 609.640 mortes por qualquer tipo de cancro, 41.400 destas referem-se ao cancro de mama.

As doenças crónicas, em específico a oncologia, apresentam um desenvolvimento na avaliação da qualidade de vida para proporcionar aos doentes, durante e após os tratamentos, melhores níveis de funcionamento nas diversas áreas. A maioria das doenças crónicas

apresentam uma progressão lenta e de longa duração, limitando as capacidades dos doentes e a sua saúde em geral (Devins, Blinik & Hutchinson, 1983). Relativamente à adaptação e ao impacto dos tratamentos na qualidade de vida dos doentes, o momento mais significativo de modo negativo na sua vida dirige-se ao momento de diagnóstico e início dos tratamentos (Im *et al.*, 2008).

A mulher que passa por um tratamento que requer muito tempo e sacrifício na sua vida, relata uma etapa complicada, sendo que o momento que pode ser mais crucial é o do diagnóstico. Nesta etapa, a mulher e a sua família lidam com algo que de um modo estigmatizante é referido como sinónimo de morte, enfrentando todo o stress, medo e ansiedade, até que exista uma adaptação à doença que leva à aceitação da condição diagnosticada. Quando esta adaptação é adquirida, a mulher inicia um processo no qual as mudanças irão ser mais acentuadas, seja em relação a sua vida familiar e social, como ao seu próprio corpo, requerendo um novo acomodamento que permanece tão complicado como o da aceitação (Andolhe, Guido & Bianchi, 2009).

O cancro de mama apresenta-se como uma doença que não se pode considerar singular, dada a existência de diversos subtipos que retêm uma grande influência na doença. A diferença apresentada para que seja possível a existência de diferentes tipos de cancro de mama assenta nas suas células de origem, deste modo os padrões de genes são diferentes e o tumor comporta-se de acordo com estes padrões (Sørli *et al.*, 2003). Segundo esta informação, é possível dividir os tipos de cancro de mama em tipo molecular (apresentam boa resposta ao estrogénio), os mais comuns e os mais raros.

Inicialmente, o cancro de mama deve ser definido segundo o local, ou seja, invasivo, no qual as células cancerígenas ultrapassam os ductos e lóbulos mamários invadindo a massa gorda e tecidos que conectam todo o peito, ou não invasivo, no qual as células cancerígenas

se encontram restringidas aos ductos mamários (Sharma, Dave, Sanadya, Sharma & Sharma, 2010).

Os tipos mais comuns de cancro de mama podem ser definidos como carcinoma ductal in situ, cancro de mama ductal invasivo e cancro de mama lobular. O carcinoma ductar in situ apresenta-se como o tipo não invasivo de cancro mais comum, estando confinado aos ductos. Este tipo de cancro, após tratamento, pode voltar a aparecer, mesmo na outra mama (Sharma *et al.*, 2010). O cancro de mama ductal invasivo inicia-se nos ductos mamários penetrando as paredes destes e invadindo a massa gorda, podendo chegar a invadir outros locais do corpo. (BREASTCANCER.ORG, 2019a). Por fim, o cancro de mama lobular tem início nos lóbulos (onde é produzido o leite) e não existe expansão a outros tecidos ou órgãos (Sharma *et al.*, 2010).

Os tipos de cancro de mama raros podem ser identificados como inflamatório, metastático, doença do mamilo de Paget e tumor Phylloides. O cancro de mama inflamatório tem início na massa gorda do peito, resultando em vermelhidão e locais rijos, com sintomatologia que indica uma infeção, muitas vezes este tipo de cancro de mama é mal diagnosticado num momento inicial (Sharma *et al.*, 2010; Stephan, 2018). O cancro de mama metastático, conhecido como cancro de mama avançado ou no estágio IV, é o tipo de cancro que se estende para outros órgãos do corpo, sendo comum diversas metástases poderem ser encontradas nos nódulos linfáticos da axila ou noutros locais do corpo. Este tipo de cancro pode ainda aparecer anos após os tratamentos terminarem e depende de cada pessoa e do seu diagnóstico inicial (BREASTCANCER.ORG, 2019b). A doença do mamilo de Paget é o tipo de cancro de mama muito raro afetando cerca de 1% dos portadores de cancro de mama, inicialmente desenvolve-se nos ductos mamários e existe a expansão para a pele do mamilo e aaréola (Sharma *et al.*, 2010). Por fim, o tumor Phylloides pode apresentar-se como um tumor

benigno ou maligno que se desenvolve nos tecidos da mama e pode ser removido por cirurgia (Stephan, 2018).

Segundo as informações resultantes de estudos na área da genética, é possível a distinção de diversos subtipos de cancro de mama segundo o tipo molecular, sendo estes, por ordem decrescente de gravidade, Triplo negativo, Lumial A e B, HER-2 e Normal-like. Deste modo, o subtipo HER-2 remonta para um prognóstico mais positivo ao contrário do Triplo negativo que se demonstra o mais agressivo (Eliyatkin, Yalçin, Zangel, Aktas & Vardar, 2015). A existência de subtipos não só remete para a gravidade da doença como também para o tipo de tratamento que deve ser disponibilizado a cada indivíduo. É possível definir uma ligação entre o HER-2 e o Normal-like, sendo que o segundo apresenta recetores positivos de estrogénio e progesterona, sendo a molécula HER-2 negativa. Este subtipo de cancro de mama é denominado muitas vezes por hormonal (BREASTCANCER.ORG, 2019c). Esta classificação surge como a mais recente, contudo, estudos intensivos já duram à mais de uma década para que exista uma consistência de resultados, visto que as mudanças ocorrem com muita frequência e a análise de genes e padrões dos mesmos devem ser precisas (Dai *et al.*, 2015).

Um outro elemento importante relativamente à temática do cancro de mama é referente aos estágios que a mesma comporta. A descoberta do momento em que o tumor se encontra é muito relevante para que os tratamentos sejam mais precisos, resultando em desfechos mais positivos. Para que determinar o estágio no qual o cancro de mama se encontra será necessário ter em conta o tamanho do tumor, o número de nódulos linfáticos afetados e a sua localização na mama, principalmente na zona da axila, o desenvolvimento a outros órgãos, a existência de certas proteínas (recetor de estrogénio e progesterona), o nível

existente da proteína HER2 e a diferença entre células normais e cancerígenas (American Cancer Society, 2017b).

Os estágios são então divididos em cinco, indo do estágio 0, no qual as células cancerígenas estão contidas dentro dos canais e lóbulos mamários, resultando num tumor facilmente tratável, até ao estágio IV, existindo neste já metástase para outros órgãos do corpo e é considerado incurável. Os estágios presentes entre estes determinam uma evolução desde o 0 até ao IV, expondo vários sub-estágios que apresentam especificações (Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa, IIIb e IIIc) (ESMO, 2018).

Para que o estágio seja avaliado, para além dos elementos que se devem ter em conta, o American Joint Committee on Cancer (2016) definiu um sistema atualizado que se utiliza nos dias de hoje, o TNM no qual o ‘T’ representa o tamanho do tumor, que se define de “sem evidências” até aos 5cm de diâmetros com invasão da pele, o ‘N’ define o desenvolvimento do tumor para os nódulos linfáticos e quantos estão afetados, por fim o ‘M’ indica as metástases existentes, sejam estas perto da área afetada ou para outros órgãos. Deste modo, a combinação entre cada elemento de cada módulo irá resultar no estágio no qual o cancro de mama se encontra (American Cancer Society, 2017b).

No decorrer do diagnóstico de cancro de mama e para que este seja tratado na sua totalidade os tratamentos adjuvantes são requeridos, sendo que podem passar pela quimioterapia, radioterapia ou a terapia hormonal, podendo mesmo ser combinados. Cada caso de cancro de mama deve ser descrito cuidadosamente para que a indicação da terapia seja a que mais se adequa e podendo assim obter melhores resultados (Cheung *et al.*, 2009).

A quimioterapia apresenta-se como um tipo de tratamento no qual o objetivo principal é, pela introdução de medicamentos no corpo, tentar eliminar as células cancerígenas. As medicamentosas utilizadas são alteradas dependendo do tipo de cancro existente e a sua

evolução, problemas de saúde complementares ou a realização da mesma terapia num momento anterior. Um dos aspetos negativos da quimioterapia remete para o abrandamento do crescimento de células saudáveis enquanto as cancerígenas são eliminadas, por outro lado, os efeitos decorrentes deste abrandamento são a perda de cabelo, a má disposição e o cansaço, entre outros mais específicos (National Cancer Institute, 2015).

### **Variáveis que Influenciam a Qualidade de Vida**

A existência de aspetos tanto negativos como positivos é possível durante a vivência de cancro de mama. Como negativos está representado o sentimento de perda de algo importante, ou seja, perda da mama, como uma mudança física que acaba por afetar a identidade individual de acordo com a sua imagem corporal. A incerteza e viver com receio durante todo o período da doença através de preocupações, irá influenciar a vida pessoal, familiar e social e o apoio a estas pessoas é essencial para uma estabilidade emocional. Contudo com a “descoberta” e exploração do novo corpo, a mulher experiencia um retrocesso emocional em relação à expressão de sentimentos, ao mesmo tempo que pretende exprimir as suas preocupações a outros, mas relatando o receio das suas reações. Existe então uma grande necessidade de apoio, expondo este como um elemento negativo para alguns indivíduos e positivo para outros. Em alguns casos a mulher sente muita necessidade de suporte que por vezes não se consegue fornecer, existindo um sentimento de estar apenas a querer atenção. Noutros casos a oferta de apoio é o que a mulher necessita e resulta num sentimento mais positivo. A exploração de novos aspetos da vida resulta então numa parte positiva da doença, representado por um ajustamento ao longo do tempo à neoplasia e ao “novo” corpo (Joolae, Joolae, Kadivar & Hajibabae, 2012).

Muitas são as alterações que podem ser percebidas no que toca à temática, principalmente referindo-se ao local onde se vive, sendo que pode existir diferenças na



percepção do cancro, do modo como encaram a imagem corporal e aparência em geral, podendo estes ser apresentados como a base de uma qualidade de vida mais positiva (Chang *et al.*, 2014)

### **Psicológicas**

O impacto do diagnóstico de cancro de mama na mulher influencia de uma forma primária todos os aspetos individuais da mesma e de forma secundária na sua família, alargando este impacto à sua vida social e ambiente de trabalho. Muitos são os efeitos negativos decorrentes desta influência, como a falta de relações afetivas, o planeamento a longo prazo alterado devido às expectativas de vida no momento, a pouca produtividade e a falta de sociabilidade. Em termos psicológicos, pode surgir depressão, ansiedade, raiva, isolamento e humor afetado. A resiliência apresenta-se então como um fator que permite na mulher, mesmo com o momento de diagnóstico em que os sintomas são mais agravados, ter mais força e apresentar uma reação mais positiva acerca da sua condição atual. Pela ação da resiliência, a mulher pode transformar as emoções negativas em crescimento psicológico e emocional (Giacomo *et al.*, 2016).

Deve ser tido em conta dois parâmetros que permitem uma melhor adaptação e ajustamento ao cancro de mama, devendo ser discutidos segundo o bem-estar psicológico relativamente à doença que pode ser melhor ou pior e os fatores que levam a uma readaptação da mulher à vida que pode ser adaptativa ou desadaptativa. Como primeiro fator, deve ser entendida a relação da paciente e o seu envolvimento determinado por componentes tanto psicológicas como sociais, como por exemplo, o ajustamento que a mulher apresentava antes da doença, o suporte social e se este contexto lhe permite ou não expressar a dor do momento. No segundo fator, devem ser observadas as contribuições da doença para o ajustamento, como por exemplo o desenvolvimento do tumor, as possibilidades de cirurgia,

tratamentos complementares e a relação do médico com a paciente. Cada uma destas pode ser determinante com duas vertentes opostas, positiva ou negativa, na vivência da mulher e na sua adaptação na doença, sendo recursos emocionais que ajudam a proporcionar esse efeito (Holland & Mastrovito, 1980).

Para além do referido anteriormente, o impacto psicossocial representa um elemento de grande importância na temática em estudo, podendo ser distribuído por várias áreas, segundo uma população da Arábia, que refere os fatores relacionados com o stress e a incerteza, a perceção da sociedade acerca da mulher nestas condições, as reações provenientes dos membros da família e a preocupação com a recorrência da doença num momento futuro. O momento de diagnóstico, em especial, apresenta-se como o mais complexo, referindo as mulheres um grande choque com a notícia e o pensamento de morte, o que resulta em sentimentos de medo e ansiedade (Al-Azri *et al.*, 2014).

Com todas as mudanças que a mulher sofre na sua vida, o ajustamento à doença apresenta-se como um método muito único e individual de cada mulher, visto que a passagem por diferentes fases requer ajustamentos diferentes. Desta forma, e com a individualização, a mulher adquire várias estratégias de *coping* como a inserção em grupos de apoio ou a nível social com as pessoas mais próximas. De outro modo a participação da família e companheiro é de grande importância, demonstrando a existência de uma estrutura que se torna capaz de auxiliar e enfrentar as situações adversas (Andolhe, Guido & Bianchi, 2009).

O desenvolvimento de estratégias de *coping* para um melhor desenvolvimento e tratamento de cancro de mama é de grande importância no que toca a um melhor confronto com a doença. Com o diagnóstico e algum tempo após o mesmo, algumas estratégias utilizadas passam por suporte social, espiritualidade e religião e o desenvolvimento de uma reconstrução cognitiva mais positiva, podendo estas estratégias serem alteradas ao longo do

tempo, contudo uma estratégia muito utilizada por todo o processo é o suporte social, sendo através da procura de apoio emocional ou na tentativa de apreender mais informação acerca da doença (Sajadian, Mahsa, Motaharinasab, Kazemnejad & Haghghat, 2017).

Algo que se apresenta de grande importância nesta temática é a tentativa de desenvolvimento de técnicas de *coping* tanto na mulher como na sua família, apoiadas pelos profissionais, para lidar com a sua nova realidade demonstrando o seu valor e força para combater a doença (Alzabeidey, 2012). É possível a existência de uma transformação dos aspetos negativos em positivos existindo uma estabilidade emocional ao longo do tempo de doença e respetivos tratamentos. Isto indica uma vantagem de ter algum tipo de ganho pela doença e pelas suas adversidades (Patrão, Leal & Marôco, 2011)

Em muitos casos a procura da espiritualidade e apoio pela religião apresenta-se como um apoio para a mulher. Um outro aspeto importante é a pertinência da eficácia, não cedendo à dependência numa tentativa de manter os parâmetros da vida que vivia anteriormente à sua situação. Todas estas estratégias são enriquecidas pelo apoio da família, amigos e outras pessoas que podem passar por profissionais de saúde, seja a nível emocional, informativo ou financeiro, apresentando uma grande forma em encorajamento a lidar com os desafios que a doença apresenta (Hajian, Mehrabi, Simbar & Houshyari, 2017).

A personalidade é uma dimensão que pode ter influência na qualidade de vida e na imagem corporal da mulher. Neste ponto de vista, a personalidade apresenta-se dividida em cinco dimensões. O neuroticismo (vivência negativa com ansiedade, depressão e irritabilidade), amabilidade (sentimentos de altruísmo, modéstia e confiança), conscienciosidade (foco nas metas, competência e disciplina), abertura para a experiência (valores, ideias originais) e extroversão (facilidade de interação, emoções positivas e assertividade) (Siydari, 2011). Com o anteriormente referido, no caso do cancro de mama, a

existência de uma personalidade mais focada na dimensão do neuroticismo apresenta-se associada a um efeito negativo na qualidade de vida, sendo que da perspectiva da extroversão observa-se o contrário, visto que um indivíduo com estas características se demonstra mais socialmente dado e positivo. Em relação ao tipo conscienciosidade, as pessoas que retiram um proveito positivo desta, geralmente apresentam uma idade mais avançada (You, Wang, Rodriguez, Wang & Lu, 2017).

Da mesma forma, avaliando as alterações na qualidade de vida e na imagem corporal decorrentes do estilo de personalidade de cada pessoa antes e após seis meses da cirurgia de reconstrução, observou-se que com a personalidade neuroticista o impacto da vivências das variáveis é mais negativo, sendo que o mesmo é observável na abertura à experiência em relação à qualidade de vida, sendo que os valores se mostram mais acentuados no anteceder da cirurgia (Juhl, Damogaard, O'Connor, Christensen & Zachariae, 2017).

### **Imagem corporal**

A temática relativa à imagem corporal apresenta evoluções ao longo do tempo, existindo uma relação desta com a autoestima e saúde mental, independentemente do indivíduo que realiza a análise. Cada indivíduo, apresenta uma perspectiva de imagem corporal que vai de acordo com as suas expectativas e cultura, observando-se a relação da variável com o corpo físico de cada um, sendo este o principal alvo de mudança quando a perspectiva da imagem corporal não corresponde com o que a pessoa deseja (Midlarsky & Morin, 2017).

A imagem corporal é um construto que se modifica perante a relação com outros. Aos olhos da sociedade se a mulher não demonstra o corpo “perfeito” existe um decréscimo da sua felicidade. Esta variável é referida como a noção do corpo representada pelo conjunto de diferentes compostos da imagem corporal, sendo determinante para o desenvolvimento do

próprio conceito do indivíduo tornando-se inerente às consequências que levam ao papel do corpo em diferentes termos sociais (Stokes & Frederick-Renascino, 2003). A imagem corporal determina-se então por momentos pessoais, individuais e sociais, podendo concluir que pela divergência dos mesmos, a construção que se tem pelo conceito do outro surge. Preditores da imagem corporal assumem um valor acrescido de acordo com a idade da mulher. Em idades mais novas, a imagem corporal está relacionada com a condição física e a atração sexual, enquanto que em mulheres com idades mais avançadas o centro da imagem corporal encontra-se apenas na parte relativa à sexualidade. Entre estas duas faixas, para as mulheres de meia idade a felicidade está relacionada com a imagem corporal em termos de condição física, preocupação com o peso e atração sexual, tendo em conta a perspetiva de mulheres com níveis de saúde positivos (Van der Velde, 1985).

A forma como a imagem corporal é revelada pela mulher depende em grande parte da sua vivência cultural, ou seja, a cultura apresenta-se como um fator que deve ser tido em conta quando esta variável é estudada. Um exemplo da influência da cultura neste construto é apresentado num estudo com mulheres paquistanesas, o qual demonstra que o grupo em causa não apresenta uma consciência clara acerca das alterações físicas e psicológicas provocadas pela diminuição da imagem corporal, mesmo quando estas são analisadas e referidas pelas mulheres (sentem-se menos atraentes quando se vestem, afetando a sua feminidade). Os resultados anteriores apresentam a importância da cultura das mulheres, visto que estas cresceram sem a abertura para expressar a sua parte mais feminina (Taric & Hasan, 2015).

### **Variáveis demográficas**

A idade da mulher pode demonstra-se como um indicador relevante quando existe a referência à qualidade de vida e à imagem corporal, como referido anteriormente, contudo o

oposto também pode existir. Conjuntamente, mulheres mais novas e mais velhas podem reportar níveis idênticos de satisfação ou insatisfação no que toca às variáveis (Tariq & Hasan, 2015).

No que toca a mulheres mais novas, a imagem corporal apresenta-se como um aspeto muito importante e influente nas suas vidas, sendo comprometida com todas as particularidades que o cancro de mama implica. Rosenberg *et al.* (2013) apresentam um estudo neste mesmo sentido com os resultados que se encontraram numa amostra de 419 mulheres a dependerem do curso que as mesmas tomam no que toca aos tratamentos. Em relação à quimioterapia, não se obteve ligação entre esta e a imagem corporal, sendo apenas feita uma associação com a perda e ganho de peso (estes apresentam-se como efeitos secundários). Já no caso da cirurgia, as que comportaram cirurgias mais radicais, potenciam um maior risco para com a imagem corporal, sendo que a reconstrução pode alterar esta perceção. Existe então uma preocupação elevada acerca da aparência e a reconstrução imediata parece ser a opção mais eficaz para combater esta preocupação (Rosenberg *et al.*, 2013).

Para que o papel tanto da imagem corporal como da qualidade de vida da mulher com cancro de mama seja estudada de uma forma mais abrangente, a inclusão de mulheres sem o diagnóstico da neoplasia é de grande importância. No seguimento desta ideia, a qualidade de vida é marcada de forma significativa como negativa na presença de cancro de mama quando comparada com a não existência da doença, afetando todas as suas dimensões. O mesmo é observado na perceção da própria imagem corporal, sendo que mulheres sem cancro de mama demonstram uma maior apreciação do seu corpo e aspeto. Estes aspetos levam à existência de uma relação direta entre as variáveis, visto que mulheres com a neoplasia mamária

demonstram uma qualidade de vida mais baixa quando existe uma baixa perceção da imagem corporal (Bagheri & Maaheri, 2015).

Decorrente da mesma temática, o estudo da imagem corporal demonstra uma desvalorização maior na presença da neoplasia. Em consequência desta relação, existe uma afeção na qualidade de vida, visto que uma boa imagem corporal se apresenta como um aspeto que remete para uma melhoria na qualidade de vida, sendo também um dos seus componentes. Da mesma forma, a qualidade de vida é melhor quando existe uma melhor imagem corporal, o contrário também ocorre, sendo esta uma grande característica das mulheres com cancro de mama (Bagheri & Maaheri, 2015).

A correlação entre a qualidade de vida e a imagem corporal apresenta níveis mais positivos quando o diagnóstico é mais antigo, ou seja, mulheres com recente diagnóstico de cancro de mama não demonstram uma grande associação entre as variáveis (McClelland, Holland & Griggs, 2015)

A qualidade de vida é uma variável que pode ser afetada por diversos elementos, um destes refere-se ao tempo de diagnóstico que a mulher tem de cancro de mama. É possível então determinar que, quanto menor é o tempo de diagnóstico piores são os resultados da qualidade de vida, sendo que estes também podem ser afetados pelas dificuldades a nível financeiro. Decorrente desta informação, as escalas físicas e emocionais da qualidade de vida parecem ser as mais afetadas durante o período de diagnóstico, existindo também problemáticas associadas a nível psicológico decorrentes do diagnóstico da doença (Safaei, Maghimi-Dehkordi, Zeighami, Tabatabaee & Pourhoseingholi, 2015).

Estudos realizados, sugerem que tanto a qualidade de vida como a imagem corporal são comprometidas pelo distanciamento do tempo de diagnóstico e idade da mulher no momento do mesmo. O desenvolvimento de uma qualidade de vida mais positiva está então

associado a uma idade mais avançada quando o diagnóstico é realizado e o seu aumento é progressivo com o avançar do tempo de diagnóstico, sendo que o otimismo não remete para uma melhoria da qualidade de vida com o passar do tempo. O impacto negativo no bem-estar físico nesta população, em alguns estudos, contrariamente ao referido anteriormente, não se apresenta ligado à idade, o mesmo é verificado em termos de saúde e qualidade de vida global em mulheres com idade inferior e superior a 50 anos (Champion *et al.*, 2014). As grandes diferenças encontradas relativamente à idade residem nas funções emocionais e sociais e em específico na perceção da imagem corporal, as quais se demonstram mais agravadas em idades inferiores a 50 anos. A explicação para esta alteração remonta para a perseverança que as mulheres mais novas têm acerca da sua aparência e ao experienciarem os efeitos secundários do tratamento (queda de cabelo, cicatrizes da cirurgia) desenvolvem um sentimento de desespero que resulta numa exclusão das atividades sociais (Gokgoz *et al.*, 2011).

Um outro aspeto que deve ser tido em conta é o tempo decorrente da cirurgia, sendo que no estudo descrito por Guedes *et al.* (2018), não existiu essa associação, contudo, quanto mais tarde é o diagnóstico maiores são as repercussões e a insatisfação com o corpo. Deste modo o tratamento da neoplasia mamária afeta negativamente a perceção da imagem corporal, podendo ter influência na qualidade de vida (Guedes *et al.*, 2018).

#### ***Efeito dos tratamentos na imagem corporal e qualidade de vida no cancro de mama***

Diversos são os elementos que apontam para a influência negativa na imagem corporal, como a presença dos tratamentos de quimioterapia, focando uma aparência global mais baixa, assim como a autoestima. O mesmo acontece quando a mulher passa pela cirurgia de mastectomia, sendo que apresenta um grande desafio e pode ter repercussões negativas em diversos domínios da sua vida. Em oposição a estes factos, mulheres que se submeteram a



terapia de conservação da mama expõem níveis mais elevados de satisfação com o seu corpo. Contrariamente ao que seria esperado, a cirurgia de reconstrução não se apresenta um fator determinante para esta variável. Ainda nesta temática, foi realizada uma análise comparativa entre mulheres com e sem cancro de mama referente aos domínios da autoestima e imagem corporal. Como conclusões, é de notar que passar por uma intervenção cirúrgica afeta negativamente a perspetiva da mulher acerca dela própria, sendo que a imagem corporal fica comprometida (Prates *et al.*, 2017).

Lidar com os tratamentos de cancro pode ser complicado tendo em conta as consequências que podem advir destes. Para lidar e conseguir identificar os elementos que podem provocar consequências negativas na qualidade de vida e imagem corporal, tanto as próprias pacientes como as equipas médicas devem ter em conta as reações decorrentes da quimioterapia e a forma como cada mulher lida com os sintomas associados (Raouf, Yacoub, Asaad & Al-Hadithi, 2015).

#### *Tratamento adjuvante*

Diversos estudos realizados na área da avaliação da qualidade de vida durante os tratamentos de quimioterapia referem alterações em pelo menos um dos construtos da mesma, demonstrando numa grande parte dos estudos que a qualidade de vida global é afetada. No que toca a outros domínios do construto, o bem-estar emocional é o domínio da qualidade de vida mais afetado juntamente com o domínio físico. Neste, os tratamentos de quimioterapia evidenciam nos indivíduos falta de energia, náusea e queda de cabelo como os sintomas mais agravantes e que por consequência influenciam a aparência da mulher assim como a sua interação social. (Chagani *et al.*, 2017). Um outro estudo na mesma área sugere que as dimensões mais afetadas são as funcionais e sintomáticas, no caso da última os efeitos decorrentes da quimioterapia são idênticos aos apresentados no estudo de Raouf *et al.* (2015).

Estes efeitos secundários estão associados com uma dimensão da qualidade de vida, tendo impacto na condição física e psicológica da mulher, assim como na realização dos seus planos futuros, podendo persistir por vários anos após o fim da quimioterapia (Kamińska *et al.*, 2015).

Com a inserção em tratamentos, muitas são as mudanças que ocorrem em torno da mulher, derivadas da sua parte física mais fraca e mudanças muito observáveis no corpo que afetam o bem-estar tanto físico como social (Üstündağ & Zencirci, 2018). Decorrente disto, a qualidade de vida demonstra-se mais afetada de acordo com o número de tratamentos realizados, visto que o aparecimento dos sintomas e a inibição social é mais frequente. É possível que exista também a influência decorrente da forma como a mulher avalia a sua aparência, visto que estas não têm um grande controlo sob o seu corpo e demonstram receio das suas alterações. Assim, muitas mulheres apresentam uma evolução negativa relativamente à sua imagem corporal ao longo do tempo (Bahrami, Mohamadirizi, Mohamadirizi & Hosseini, 2017).

Investigadores concluíram que o tipo de tratamento que a mulher recebe influencia o nível de impacto, tanto na qualidade de vida como na imagem corporal da mulher. No caso da quimioterapia, a imagem corporal apresenta-se muito afetada relativamente à sua aparência e autoestima, quando comparado com mulheres não portadoras da doença. O mesmo acontece em contexto de quimioterapia, mas em relação à qualidade de vida, que se demonstra afetada negativamente pelo tratamento, sendo que existem diferenças observáveis de acordo com o tempo de tratamento. Relativamente a esta situação, o tempo de recuperação dos efeitos da quimioterapia na qualidade de vida vai acontecendo ao longo dos anos, sendo que em alguns casos podem reaparecer os mesmos efeitos anos depois e continuar a afetar a mulher (Hwang, Chang & Park, 2013; Prates, Freitas-Júnior, Prates, Veloso & Barros, 2017).

### *Intervenção cirúrgica*

Relativamente à intervenção cirúrgica, encontram-se diferenças quando comparado o tipo de cirurgia realizado. Os resultados apontam que a imagem corporal é pior quando existe a realização de mastectomia radical ou com reconstrução quando comparada com cirurgia conservadora da mama, sendo que os efeitos secundários derivados destas se apresentam muito significativos e duradouros principalmente quando referida a mastectomia com reconstrução do peito, visto que esta demora pelo menos um ano a ser concluída (Collins *et al.*, 2011). A imagem corporal é então uma variável muito influenciada tanto pelo tipo de cirurgia como pela realização de quimioterapia. A mulher nota uma grande insatisfação pela sua aparência não se sentindo feminina nem atraente (Morone *et al.*, 2014).

Relativamente ao apresentado anteriormente, a opinião da mulher acerca da sua aparência e o tipo de cirurgia que tem preferência em realizar apresenta um grande impacto, influenciando de forma substancial a sua saúde mental e física, visto que a sua preferência pode não estar de acordo com o recomendado de forma médica, desenvolvendo preocupações em relação à sua imagem corporal e a outros componentes relativos à saúde (Chen, Liao, Chen, Chan & Chen, 2012; Figueiredo *et al.*, 2004).

Passar pela cirurgia representa um aspeto do tratamento de cancro de mama que envolve sentimentos de impotência e desamparo, causando um grande sofrimento e alterações no corpo que causam por um lado a destruição do mesmo pelo aparecimento e desenvolvimento do tumor e por outro a tentativa de “salvar” o corpo por parte da mulher, o que culmina numa grande dificuldade em aceitar a perda do peito. Após a cirurgia, independentemente de qual seja, a mulher percebe o seu corpo como um elemento estranho e que irá permanecer alterado para sempre, existindo cicatrizes que irão mudar o corpo e sempre que a mulher as observa irá ser uma lembrança de um momento que remonta a

sentimentos negativos. Comparando a experiência de passar por cirurgia conservadora ou mastectomia com reconstrução, reconhece-se que a qualidade de vida não apresenta diferenças significativas entre elas, podendo até apresentar níveis elevados de qualidade de vida global. A única diferença foca-se no funcionamento físico que é um pouco mais debilitante na cirurgia conservadora sendo uma explicação para este resultado os tratamentos posteriormente realizados (Engel *et al.*, 2003; Lindwall & Bergbom, 2009). Uma relação contrária à descrita anteriormente tem a ver com a imagem corporal, visto que mesmo com valores elevados em ambos os tipos cirúrgicos, na cirurgia conservadora os resultados de imagem corporal são melhores, sendo que as reações aos tratamentos se apresentam mais agravadas (Szutowicz-Wydra *et al.*, 2016).

A qualidade de vida apresenta-se então menos afetada quando a cirurgia realizada é conservadora, e mais afetada na mastectomia radical, apresentando implicações mais graves nas dimensões emocionais, cognitivas e sociais. A imagem corporal, como já referido, apresenta uma implicação que deve ser analisada na qualidade de vida, apresentando resultados que indicam que a realização da mastectomia radical existe uma maior insatisfação derivada dos sintomas relativos ao peito, queda de cabelo e inchaço no braço. Em termos globais retém-se que, numa faixa etária mais avançada a qualidade de vida é mais afetada, existindo um maior deterioramento em estágios mais avançados da doença (Akça *et al.*, 2014).

Muitos são os aspetos que parecem estar melhor desenvolvidos após a realização de cirurgia conservadora da mama quando comparada com a mastectomia radical, podendo ser referidos, à parte física (náusea, respiração e sintomas no braço e peito), social, bem-estar global, problemas financeiros, função e satisfação sexual e imagem corporal, existindo assim

uma evolução mais positiva na qualidade de vida global (Zanapalioglu, Atahan, Gür, Gökmez & Tarcan, 2009).

O tempo antecedente à reconstrução mamária e a etapa em que a mesma se encontra apresentam uma interação na qualidade de vida no que toca ao bem-estar social. Assim, esta componente, apresenta-se mais positiva em pacientes que realizam a cirurgia imediatamente, assim como quando a primeira fase da reconstrução é concluída. Em relação ao bem-estar emocional, o facto de a reconstrução ser imediata ou não, apresenta diferenças, estas recaem no momento da própria cirurgia em que estão inseridas, ou seja, quanto mais próximo do final do processo se encontram maior é o nível de bem-estar emocional (Teo *et al.*, 2016).

Os tratamentos de cancro de mama influenciam a qualidade de vida pela ligação a comportamentos que aumentam e provocam melhorias nos resultados em relação à saúde. Pacientes que estão em tratamento e demonstram uma maior qualidade de vida apresentam uma igual maior disponibilidade para a colaboração com outros, tendo poder para tomar decisões acerca da terapêutica a realizar (Andersen & Urban, 1999). De acordo com o referido, um estudo com 37 mulheres, após a realização da mastectomia, demonstra que a qualidade de vida neste contexto não se verifica com níveis baixos significativos. A nível físico, mesmo com o impedimento de certas tarefas devido à dor, mais de metade das participantes aceitam esse facto e ficam felizes pelo que conseguem desempenhar. A nível social e ambiental os resultados demonstraram uma satisfação com o momento presente. Em relação ao psicológico apenas uma minoria não está bem com o seu corpo, contudo, quase metade das participantes reportam sentimentos negativos, embora estes não afetem diretamente a qualidade de vida. (Gomes & Silva, 2016).

Independentemente do tratamento utilizado por mulheres no cancro de mama os efeitos causados podem ser variáveis, passando pelos psicológicos, físicos e sociais podendo

ser estes experienciados mais tarde. A mastectomia acarreta todos estes efeitos, com a imagem corporal e a qualidade de vida a relacionarem-se de uma forma negativa, sendo que a única relação não significativa nos componentes destas variáveis é entre a imagem corporal e a componente social e familiar da qualidade de vida (Türic & Yilmaz, 2018).

Mesmo antes do início dos tratamentos a mulher demonstra entender os efeitos que a quimioterapia irá ter na sua vida, afetando a sua feminilidade. No período pós mastectomia a qualidade de vida demonstra-se muito baixa, sendo um período que representa muita dor e perda. Com o passar do tempo o valor da variável em estudo começa a aumentar, contudo, após alguns tratamentos de quimioterapia os efeitos secundários decorrentes da mesma começam a ser sentidos e é nesta altura que a qualidade de vida detém um decréscimo de valor, apresentando um grande impacto e fazendo com que a mulher pense de forma mais negativa e se sinta desapontada. No final dos tratamentos, quando a cura está próxima, a mulher desenvolve um pensamento de futuro mais positivo, o que implica um aumento da qualidade de vida (Ai, Gao, Li, Zhou & Wu, 2017).

A perceção de uma imagem corporal baixa apresenta-se muito associada à realização de mastectomia radical, cirurgia de reconstrução ou o querer realizar a mesma, desenvolvimento de fibrose, pensamento de apresentar pouca saúde, cansaço crónico entre outras características associadas à qualidade de vida. Contudo, por vezes a realização de reconstrução mamária pode não representar uma melhor imagem corporal, sendo que o mesmo acontece com mulheres que não passam por este tipo de cirurgia, indicando que a aparência se apresenta como um determinante da imagem corporal (Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fosså & Dahl, 2010). Sendo o tipo de cirurgia um fator que influencia as variáveis, em acordo com o anteriormente referido, mulheres que realizam cirurgia conservadora da mama demonstram uma imagem corporal mais elevada quando comparadas com grupos que

realizaram mastectomia radical ou com reconstrução do peito, resultando então numa melhor qualidade de vida e satisfação própria. Ao ser apresentada uma imagem corporal baixa são também percebidas problemáticas relacionadas com a fadiga, stress mental e em especial na qualidade de vida (Han, Grothuesmann, Neises, Hille & Hillemanns, 2010).

A evolução da qualidade de vida demonstra-se negativa em diversos momentos da doença, tendo um grande impacto em fases de tratamento, sejam cirurgia ou tratamento adjuvante, com implicações na dor sentida, cansaço, ansiedade, depressão ou alterações relacionadas com o corpo (Karlsen *et al.*, 2016). Este último parâmetro por vezes não se demonstra relacionado com a quimioterapia, como muitos autores referem, mas sim com os diferentes tipos de cirurgia que a mulher necessita de realizar, sendo que, quanto mais radical a cirurgia for, maiores serão as alterações a nível da perceção da imagem corporal (Rosenberg *et al.*, 2013). De forma inversa, após três ou mais tratamentos de quimioterapia, as mulheres apresentam um nível de qualidade de vida favorável, concluindo que esta se encontra intimamente ligada com o desenvolvimento dos tratamentos da neoplasia. Estes autores, referem ainda que melhores resultados nos níveis de qualidade de vida, podem ser determinantes com a integração e conclusão dos tratamentos da mesma. (Dehkordi, Heydarnejad & Fatehi, 2009).

#### *Follow up das mulheres*

A insatisfação com a imagem corporal é recorrente em três quartos das mulheres que passam por tratamentos de cancro de mama, revelando uma grande preocupação na sua perceção quando relacionada com a sua aparência (Guedes *et al.*, 2018). Uma das partes mais importantes dos tratamentos remete para o seguimento após a sua conclusão, visto que existem efeitos tanto a curto como a longo tempo que podem influenciar as condições de saúde e potenciar melhores resultados nas sobreviventes (Rumowiaz *et al.*, 2016).

A existência de um ajustamento ao longo do tempo retém-se como algo de importante no que toca à saúde mental da mulher que passa por cancro de mama. Conclusões retiradas do estudo de Figueiredo, Cullen, Hwang, Rowlang e Mandelblatt (2004) apontam para a assistência de profissionais que acompanham estas mulheres que devem ter em conta no momento anterior ao tratamento, as decisões acerca do mesmo e após este, com *follow-up*, a preferência que a mulher tem pela sua aparência e a influência na imagem corporal, dando a hipótese a todas as mulheres, mesmo com idade mais avançada, a hipótese da cirurgia conservadora ou reconstrução do peito.

A vergonha em relação ao corpo, ao ser analisada, resulta num aumento ao longo do tempo quando os dados são recolhidos a mulheres no período pós cirurgia (4 a 6 dias) e mais tarde num *follow-up* de 6 meses. Este aumento pode ser explicado por ser um momento de recuperação da intervenção cirúrgica no qual a mulher apresenta mais preocupações com a sua sobrevivência. Sendo a avaliação realizada num momento tão próximo da cirurgia as alterações da imagem corporal e a satisfação com a sua aparência podem não corresponder com o verdadeiro sentimento da mulher, tendo como explicação o referido anteriormente. A cirurgia pode provocar altos níveis de ansiedade e uma avaliação após esta pode resultar num momento stressante para a mulher, sendo uma experiência relativamente nova e assustadora. Desde modo a evolução da qualidade de vida e do ajuste emocional parece melhorar com o passar do tempo (Moreira & Cavavarro, 2010).

A qualidade de vida é um construto em mudança, como anteriormente referido, o que proporciona diversos momentos de avaliação. Avaliação da qualidade de vida pode realizar-se em diferentes momentos do percurso das pacientes com cancro de mama, especificamente num estudo, antes da intervenção cirúrgica e em três momentos após a mesma (30,60 e 90 dias). O construto evidencia valores mais elevados no momento após a intervenção, o que



leva a querer que as perspetivas futuras que as mulheres com cancro de mama têm são mais positivas nesses três momentos, sendo que o mesmo acontece com a função emocional. Em termos de função física, esta demonstra resultados superiores aquando da segunda avaliação após a cirurgia (60 dias). As mulheres nos primeiros 30 dias do pós intervenção demonstram melhorias nas temáticas função cognitiva, falta de apetite, satisfação e função sexual (Bueno *et al.*, 2017).

A importância do momento de tratamento deve ser levada em conta no momento da avaliação, tendo em conta estudos na área, este momento influencia de forma significativa a imagem corporal que por sua vez resulta em alterações na qualidade de vida. Ao existir o estudo de diferentes momentos antes e após a intervenção cirúrgica, a imagem corporal apresenta-se de forma mais decadente no período mais próximo do pós cirurgia e com o passar do tempo começa a aumentar e estabilizar, possibilitando a que a mulher se sinta melhor com ela própria. Em consequência, o mesmo acontece com a qualidade de vida que demonstra uma melhoria do período antes da intervenção para o após, sendo que este último pode ser diferenciado por épocas o que implica resultados diferenciados, contudo verifica-se uma melhoria da variável ao longo do tempo. Assim, reconhece-se que após a cirurgia o aumento da percepção que a mulher apresenta do seu corpo influencia uma melhoria da sua qualidade de vida (Bagheri & Maaheri, 2015).

O seguimento de pacientes permite um acompanhamento das variáveis ao longo do tempo, dando a possibilidade de poder analisar as alterações das mesmas. As mulheres diagnosticadas com cancro de mama devem ser acompanhadas de uma forma mais rigorosa em termos psicológicos no domínio da imagem corporal para que a qualidade de vida global das mesmas apresente melhorias (Härtl *et al.*, 2003).

A evolução dos pacientes com cancro de mama é de grande importância para entender tanto o momento presente como o passado e a sua alteração nas diversas variáveis. Num período de quatro anos as diferenças na qualidade de vida e na imagem corporal não se demonstram de grande relevância, sendo que o maior impacto se encontra no pensamento e medo de recorrência do cancro. É possível concluir que com o passar do tempo tanto o diagnóstico como os tratamentos continuam a influenciar a mulher em diversas áreas da sua vida (Montazeri *et al.*, 2008).

### **Papel da Imagem Corporal na Qualidade de Vida da Mulher**

Tanto a qualidade de vida como a imagem corporal são apresentadas como aspetos determinantes na vivência do cancro de mama pela mulher. Decorrente deste aspeto, seguidamente será apresentada a temática de interação entre as duas variáveis em estudo para uma compreensão mais aprofundada entre as mesmas.

É possível então concluir, que quando a imagem corporal é negativa o impacto na qualidade de vida é também negativo em todos os domínios que este construto apresenta, isto indica que quando se sente uma elevada insatisfação com o próprio corpo a qualidade de vida é fraca, sendo esta interação mais significativa na mulher. Para além desta relação direta entre as variáveis, também pode ser observada que a perceção da mulher em relação à sua saúde influencia a imagem corporal, existindo um aumento desta quando esta perceção é boa ou muito boa o que provoca uma melhoria na qualidade de vida, em especial nos domínios físico, psicológico e ambiental. Concluindo que ter melhor saúde derivada de perspetivas elevadas do corpo resulta numa melhor qualidade de vida. Outro aspeto em concordância com o anterior é a realização de exercício físico de forma regular que remete para um aumento do domínio físico da qualidade de vida, aumentando a perceção da própria imagem corporal (Nayir *et al.*, 2016).

Sendo a imagem corporal um aspeto tão significativo da qualidade de vida no cancro de mama, como demonstrado anteriormente, esta é influenciada por diversos aspetos da doença, seja o tipo de cirurgia, tratamentos, idade ou outros determinantes. Oudsten, Van der Steeg, Roukema e Vries (2012) num estudo longitudinal avaliado em cinco momentos diferentes verificaram a mudança na imagem corporal de acordo com o referido tendo em conta a cirurgia utilizada. É possível então verificar que a variável estudada se apresenta na mulher com valores mais baixos aquando a existência de uma idade mais avançada, realização de quimioterapia e mastectomia, níveis altos de neuroticíssimo e um baixo sentimento de concordância. Por outro lado, Sun *et al.* (2014) concluem com o seu estudo que a imagem corporal é um componente importante da qualidade de vida, mas não determina nem demonstra implicações na mesma, ainda assim, os resultados apontam para valores mais elevados das variáveis quando é realizada a cirurgia conservadora do peito promovendo resultados emocionais mais favoráveis. Tanto na mastectomia como na mastectomia com reconstrução imediata, observam-se valores de qualidade de vida similares quando comparados com outro tipo cirúrgico.

Com o diagnóstico a mulher tem uma perceção boa da sua saúde que vai diminuindo com o tempo, com a inclusão nos tratamentos. A imagem corporal apresenta uma maior alteração após a realização da cirurgia, sugerindo que durante os tratamentos a perceção do seu corpo diminui e mais tarde volta a aumentar com a integração do “novo” corpo na mulher. Concluiu-se então, que as alterações na qualidade de vida são decorrentes do estado de saúde e imagem corporal. É expectável que existam alterações de atitude em relação à doença ao longo do tempo, inicialmente no diagnóstico e tratamento, experiencia-se um grande sentimento de pessimismo em relação ao futuro tentando não exprimir sentimentos de ansiedade e após os tratamentos o pensamento apresenta-se mais otimista com uma atitude

ativa decorrente do acesso a mais informações acerca do cancro presente na mulher (Patrão, Leal & Marôco, 2011).

A possibilidade de uma esperança de vida curta apresenta-se como uma realidade nesta temática, e mesmo com este pensamento, um estudo demonstrou que as mulheres são muito influenciadas pela sua imagem corporal, sendo que ao existir um aumento da qualidade de vida a função física e imagem corporal também demonstram resultados mais elevados. Deste modo, as conclusões retiradas do mesmo estudo remontam para a importância que a imagem corporal tem na qualidade de vida em qualquer estágio da doença e que estas devem ser trabalhadas para o bem-estar maior da mulher (McClelland *et al.*, 2015).

Grande parte da investigação feita na área do cancro de mama assenta nos efeitos físicos da doença, indicando assim que mais estudos devem ser realizados no impacto psicológico da mesma. O recurso a estudos que envolvem as variáveis descritas (imagem corporal e qualidade de vida) é limitado, principalmente os que incluem ambas as variáveis. Todos estes estudos devem providenciar dados para intervenções mais específicas e apoio psicológico para a mulher durante e após a ocorrência de cancro de mama (Chow, Hung & Yeung, 2016).

## **Método**

O presente estudo pretende ser realizado com mulheres portadoras de cancro de mama a efetuar tratamento de quimioterapia, apresenta-se um estudo transversal com uma metodologia quantitativa.

### **Objetivos**

O estabelecimento de objetivos torna-se importante para o desenvolvimento dos resultados que se espera alcançar.

O presente estudo tem como principal objetivo compreender a relação entre a imagem corporal e a qualidade de vida de mulheres portadoras de cancro de mama que se encontram a realizar tratamentos de quimioterapia.

Consequentemente, como objetivos específicos os seguintes:

- Entender a perceção da mulher acerca da sua qualidade de vida no momento presente dependendo do tempo decorrido de diagnóstico;
- Analisar as diferenças da imagem corporal nas mulheres que presentemente se encontram em momentos diferentes de tratamento de quimioterapia;
- Identificar a influencia da qualidade de vida e imagem corporal segundo o subtipo e estágio de cancro de mama;
- Identificar as diferenças relativas às variáveis segundo o tipo de cirurgia realizada e o tempo decorrente da mesma e analisar a influencia da idade nas variáveis;
- Observar as variáveis tempo de diagnóstico, tipo e tempo decorrido desde a cirurgia, número de tratamentos, escala de sintomas do cancro de mama, escala de funcionamento de cancro de mama e sintomatologia do cancro como preditoras da qualidade de vida;

- Observar as variáveis idade, tempo desde o diagnóstico, subtipo de cancro de mama, tipo e tempo decorrido desde a cirurgia, número de tratamentos, escala de sintomas do cancro de mama, escala de funcionamento do cancro de mama, qualidade de vida geral, funcionamento físico, cognitivo, emocional, social, sexual, desempenho funcional e perspectivas futuras como perdidoras da imagem corporal.

### **Participantes**

Os participantes deste estudo correspondem a 100 mulheres selecionadas por conveniência. Como critérios de inclusão foi definido que entram no estudo mulheres com mais de 18 anos, portadoras de um diagnóstico clínico de cancro de mama que se encontram a realizar tratamentos de quimioterapia no hospital de dia de oncologia. Torna-se importante falar português, saber ler e escrever, e compreender o questionário, e que apresentem a capacidade de expressar opinião. A participação no estudo foi voluntária e a amostra recolhida por conveniência.

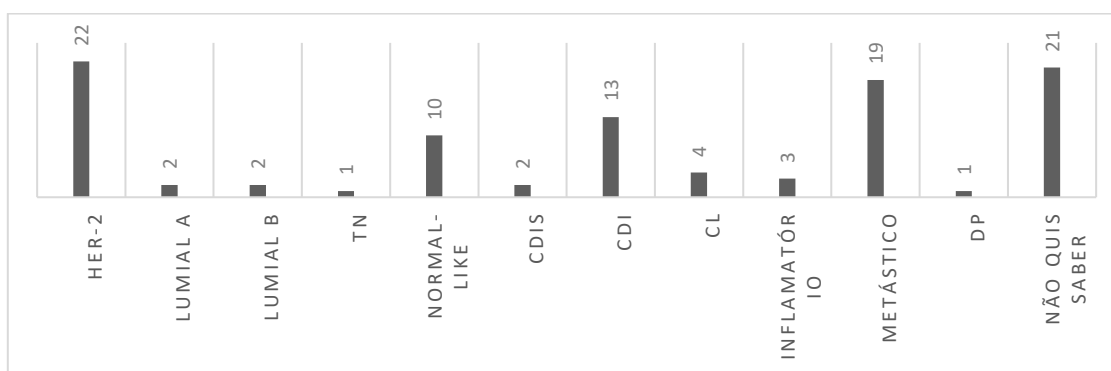
Não entraram na seleção dos sujeitos de investigação, todas as doentes que apresentavam pelo menos um dos seguintes critérios de exclusão, sendo estes, diagnóstico de outro cancro sem ser específico de mama, mostrar recusa em participar no estudo, ser incapazes de compreender e/ou responder à generalidade das perguntas.

À data da aplicação do questionário de estudo, a idade das participantes variava entre os 31 e os 66 anos, existindo por este motivo uma média (M) de 46 anos e desvio padrão (DP) de 7,9. Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maioria das mulheres (59%) encontra-se casada ou em união de facto (15%), sendo o estado civil menos frequente a viuvez (1%) correspondendo a apenas uma mulher. Quanto às habilitações literárias, a média de escolaridade situa-se no ensino secundário, sendo o desvio padrão de 0,90 e contando com

49% das mulheres que frequentaram do ensino superior. Em concordância com o referido e tendo em conta o vasto leque de profissões, a maioria das mulheres permanece no ativo (79%), estando desempregadas 14% e as restantes 7% reformadas.

No que diz respeito à doença, em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro de mama, apresenta-se uma média de 37 meses, existindo uma permanência de 1 a 5 anos de 52% revelando-se que para 92% das mulheres este foi o seu primeiro diagnóstico de cancro.

Figura 1 - Distribuição dos participantes segundo o subtipo de cancro de mama



Nota: TN= Triplo Negativo; CDIS= Carcinoma Ductal In Situ; CDI= Carcinoma Ductal Invasivo; CL= Carcinoma Lobular; DP= Doença de Paget's

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo o estágio de cancro de mama

Estágio	Variáveis	Frequência	%
I		6	6%
II		37	37%
III		44	44%
IV		12	12%

Com o diagnóstico de cancro, o tipo e o estágio que a mulher apresenta é revelado, contudo, na presente amostra, 21% das mulheres não tiveram interesse em saber qual o tipo de cancro de mama tinha, revelando que apenas sabem que é cancro de mama, com o valor percentual mais elevado encontra-se o HER-2 (22%). Relativamente ao estágio

diagnosticado, 44% das mulheres apresentaram numa fase inicial o estágio III e 37% no estágio II, existindo apenas 6% diagnosticadas com estágio I.

Tabela 2 – *Distribuição dos participantes em função do tipo de cirurgia*

Variáveis	Frequência	%
Tipo de Cirurgia		
Não Fiz	15	15%
Conservadora	28	28%
Radical	57	57%

Tabela 3 - *Distribuição dos participantes em função do tempo de cirurgia*

Variáveis	Frequência	%
Tempo de cirurgia		
Menos de 1 ano	28	28%
De 1 a 5 anos	45	45%
Mais de 5 anos	9	9%

A maior parte das mulheres (85%) foi submetida a cirurgia, 57% das quais realizaram cirurgia radical (mastectomia), seguindo-se com o valor de 28% a cirurgia conservadora, variando estas entre 8 dias e 120 meses no momento de aplicação.

Tabela 4 - *Distribuição dos participantes em função dos tratamentos*

Variáveis	Frequência	%
Tratamentos		
Quimioterapia	100	100%
Apenas quimioterapia	28	28%
Hormonoterapia	19	19%
Radioterapia	53	53%

Ao longo da evolução da doença, a terapêutica de quimioterapia apresentou de entre 1 a 40 tratamentos, sendo que 28% das mulheres apenas realizaram este tratamento. Ainda na temática dos tratamentos, 53% das mulheres realizaram radioterapia e apenas 19% hormonoterapia.



## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados por este estudo constituem uma bateria de avaliação composta por um questionário sociodemográfico e clínico desenvolvido para o efeito, a Escala de Imagem Corporal, *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30) e *European Organization for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23).

A seleção dos mesmos e a sua adaptação ao contexto de investigação efetuou-se pela sua pertinência e características próprias de cada um, sendo que estão validados para a população portuguesa e foi pedida a autorização para utilização aos autores das validações dos mesmos (Anexos A e C ), e consequente resposta positiva (Anexos B e D).

### **Questionário Sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico tem por objetivo a recolha de informações relativas às variáveis demográficas da amostra, bem como diversas informações acerca da sua condição clínica no cancro de mama, como a idade, nível de escolaridade, filhos, o tipo e estágio de cancro, numero de tratamentos, diagnósticos anteriores e história de cancro familiar.

### **Questionário EORTC QLQ-C30**

O presente questionário foi desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e traduzido para a população portuguesa e muitas outras línguas pela mesma entidade. Este pretende avaliar a qualidade de vida de doentes com cancro, tendo sido traduzido para diversas línguas, entre as quais a portuguesa. Apresenta 30 questões agrupadas em cinco escalas de funcionalidade (física, desempenho, cognitiva, emocional e social), três escalas sintomáticas (fadiga, dor e náusea), vários itens avaliam os

sintomas, o estado global de saúde e qualidade de vida e o impacto da doença na vida económica pessoal. A pontuação das escalas e itens é calculada através de uma fórmula proposta pelo manual específico do QLQ-C30 da EORTC (Aaronson et al., 1993)

O questionário é auto preenchido segundo uma escala de likert de 4 pontos que variam entre 1 “Não”, 2 “Um Pouco”, 3 “Bastante” e 4 “Muito” à exceção dos últimos dois itens (29 e 30) nos quais a pontuação é de 0 a 7, em que 0 representa “Péssima” e 7 “Ótima”. Sendo que, uma maior pontuação na escala de funcionalidade indica um maior e mais saudável nível de funcionamento, o mesmo acontece no estado de saúde geral que representará melhor qualidade de vida. Por outro lado, uma maior pontuação numa escala de sintomas significa um maior nível de sintomatologia (Fayers *et al.*, 2001).

Ferreira (1997) foi responsável pelo processo de tradução e adaptação cultural do questionário EORTC – C30 de língua inglesa para português. O principal autor do questionário, Neil Aaronson, concordou com a versão final do questionário em língua portuguesa. Concluiu-se que o instrumento de medida é válido e fiável, tendo demonstrado ter sensibilidade que permite discriminar doentes com diferentes patologias oncológicas. Nas escalas de função, o índice de Cronbach variou de 0,4251 (escala de função ocupacional) a 0,9132 (Estado de Saúde Global) e, nas escalas de sintomas, de 0,8659 (fadiga) a 0,9193 (escala de sintomas de náuseas e vómitos). A partir da amostra total do presente estudo, a consistência interna calculada, na escala global de saúde é de 0,98 na escala de funcionamento em 0,96, e na escala de sintomas 0,89 definindo uma excelente consistência interna dos itens das diferentes escalas.

### **Questionário EORTC QLQ-BR23**

O presente questionário representa um módulo adicional à escala EORTC QLQ-C30 que foi desenvolvida com o intuito de estudar a qualidade de vida no cancro de mama especificamente, sendo pela mesma entidade traduzida para a língua portuguesa.

O questionário QLQ-BR23 apresenta 5 escalas que pretendem avaliar as consequências advindas dos tratamentos, sintomas nos braços, sintomas na mama, imagem corporal e funcionalidade sexual a partir de diversos itens, sendo que o espaço temporal de resposta tem como foco principal as últimas quatro semanas, resultando num total de 23 questões.

A avaliação é realizada por uma escala de Likert de 4 pontos, sendo 1 “Não”, 2 “Um Pouco”, 3 “Bastante” e 4 “Muito”. A pontuação do questionário rege-se pelas mesmas regras já apresentadas no EORTC QLQ-C30 nas escalas de sintomas e funcionalidade.

Num estudo realizado por Sprangers *et al.* (1996) cujo objetivo era testar a validade / fiabilidade transcultural do módulo específico para o cancro da mama BR – 23, verificou-se que o instrumento de medida QLQ – Br23 apresenta uma validade transcultural (população espanhola, holandesa e dos Estados Unidos da América), deteta diferenças em grupos mediante o seu estágio da doença, cirurgia prévia ou outros tratamentos efetuados. A fiabilidade (alfa de Cronbach) de todo o grupo em estudo foi de 0.70, no entanto, registaram-se variações entre versões do questionário, na versão espanhola o intervalo de fiabilidade remonta para 0.46 a 0.94, na versão holandesa os índices de fiabilidade variam de 0,57 a 0,89 e na versão americana verifica-se uma fiabilidade no intervalo de 0.70 a 0.91.

O instrumento foi traduzido pela própria organização (EORTC), para diversas línguas, incluindo o português, utilizando um processo de tradução e retro tradução (Cull *et al.*, 2002).

Nos últimos anos foram desenvolvidos inúmeros estudos que comprovam a validade transcultural do questionário BR-23. Damos de seguida alguns exemplos. Montarezi *et al.* (2000) realizaram um estudo para a validação da versão iraniana do BR-23, tendo registado um índice de Cronbach entre 0,75 e 0,92. Num estudo realizado por Michels, Latorre e Maciel (2013), com o objetivo de validar e testar a fiabilidade e compreensão, da versão portuguesa (do Brasil) do BR – 23, na população brasileira, verificou-se que o alfa de Cronbach variou entre 0,78 e 0,83.

O alfa de Cronbach obtido para as escalas constituídas por múltiplos itens revelou consistência interna moderada a excelente entre os itens que constituem as mesmas escalas, sendo obtido o valor de 0,64 para a escala funcional e 0,88 para a escala de sintomas.

### **Escala de Imagem Corporal**

Esta escala teve a sua construção em colaboração com a organização europeia para a pesquisa e tratamento do cancro (EORTC), sendo os seus principais autores Hopwood, Fletcher, Lee e Ghazal (2001). Existe então a abordagem em aspetos como o sentimento da mulher em relação ao seu aspeto e a conexão com as alterações recorrentes da doença. O objetivo da escala de imagem corporal é então a avaliação da mesma posteriormente aos tratamentos de cancro e aos seus efeitos. Os autores da versão portuguesa da presente escala são Moreira, Silva, Marques e Canavarro (2010) que realizaram a mesma a partir de uma população de pacientes portadores de cancro de mama.

A presente escala é constituída por 10 questões que englobam itens comportamentais (dificuldade em olhar para o corpo), afetivos (sentimento de feminilidade) e cognitivos (insatisfação com a cicatriz). A avaliação desta é efetuada por uma escala Likert de 4 pontos (0- “Nunca”, 1- “Raramente”, 2- “Às vezes” e 3- “Frequentemente”), variando a sua

pontuação total de 0 a 30. A pontuação mais baixa significa nenhum sintoma e pontuações mais elevadas, um maior número de sintomas.

A escala de imagem corporal avalia então as preocupações relacionadas com a mesma em doentes oncológicos, independentemente do tipo e localização do cancro assim como o tipo de tratamento proposto, sendo que o foco é posto na última semana.

Esta escala aborda aspetos centrados em questões sobre como a mulher se sente em relação ao seu aspeto e em relação a qualquer alteração que tenha ocorrido como resultado da doença ou do tratamento. Sentimentos de constrangimento, menor atratividade física e menor atratividade sexual, isolamento social, insatisfação com o corpo e com a cicatriz são algumas situações verificadas na vivência experienciada pela mulher mastectomizada e, que de alguma forma permite avaliar a qualidade de vida percebida (Hopwood *et al.*, 2001).

Com a utilização de um grupo heterogéneo de 276 pacientes em Manchester, na validação da escala, é apresentado um alto nível de reabilitação, com um alfa de Cronbach de 0,93, boa validade consoante a prevalência das respostas e sensibilidade a alterações das mesmas (Hopwood *et al.*, 2001). O alfa de Cronbach obtido para a amostra total ( $\alpha = 0,94$ ) revela que esta escala apresenta uma consistência interna excelente.

Em 2009 surgiu a versão portuguesa desta mesma escala por Moreira, Silva, Marques e Canavarro. Estes apresentaram uma amostra de 173 indivíduos com cancro de mama num momento pós operação (mastectomia ou conservadora), no Hospital Universitário de Coimbra registando um índice de Cronbach global de 0,93, demonstrando assim uma boa consistência interna. Ainda relativamente a este estudo, existe uma correlação forte com a vergonha do próprio corpo e com o domínio psicológico da qualidade de vida.

## **Procedimento**

O processo de recolha de dados ocorreu no primeiro semestre de 2019 por via direta com presença e recolha direta pelo investigador, e pela via de *internet*, na qual o questionário foi colocado on-line pelo *Google Forms*.

Apos contacto via email com os hospitais, durante o mês de outubro, surgiram respostas com pedidos de diversos documentos visando a entrega e avaliação da comissão de ética dos diversos locais, estes documentos passaram por cartas de pedido de autorização aos diretores dos diversos serviços, formulários específicos de submissão do estudo aos hospitais, declarações de condições de estudo e um protocolo de estudo desenvolvido segundo os objetivos inicialmente propostos, tendo também sido entregue o questionário final (Anexo G) e consentimento explicativo e informado (Anexo F) que foi analisado pelas entidades. Após a entrega dos documentos acima referidos, a comissão de ética devolveu o parecer positivo em três hospitais diferentes.

A recolha de dados foi realizada pela investigadora no próprio hospital de dia das instituições e locais de movimentos referentes à temática no decorrer dos tratamentos de quimioterapia das mulheres. Inicialmente, o questionário foi entregue juntamente com os consentimentos informados, sendo transportados em envelopes diferentes. O local específico do preenchimento do questionário variou segundo a instituição, visto que uma era privada e por esse motivo as salas de tratamento eram individuais e por outro lado as instituições publicas, sendo confortável para a mulher, o preenchimento foi procedido em salas comuns de tratamento.

Para garantir o total anonimato e conforto das participantes, juntamente com os envelopes atrás mencionados, foram inseridos outros dois, com o intuito de serem depositados nestes os questionários e consentimentos informados já preenchidos de forma

autónoma, possibilitando assim ser a paciente a colocar os mesmos sem ter de passar por outros indivíduos. Esta tática foi definida na totalidade do estudo, sendo realizada a mesma em todos os locais de recolha de dados. Em termos de duração do preenchimento do questionário não será importa nenhuma limitação, nem serão anotados tempos. Pela via da interação direta com os participantes, foram recolhidos cerca de um terço da amostra total.

Relativamente ao desenvolvimento do formulário *on-line*, este foi desenvolvido pelo *Google Forms* e posteriormente divulgado em diversos grupos de redes sociais específicos a mulheres com cancro de mama. Para que os requisitos fossem cumpridos, foi colocado como forma de aviso no início da publicação os critérios necessários ao preenchimento, sendo que com o preenchimento de algumas questões os critérios eram verificados.





## Resultados

Os dados foram tratados pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23. Foi criada uma base de dados onde foram introduzidos todos os inquéritos da amostra. Todas as análises derivam apenas do tratamento dos dados estatisticamente. Qualidade de vida no cancro de mama

### Resultados Descritivos da Qualidade de Vida no Cancro, no Cancro de Mama e da Imagem Corporal

Tabela 5 - Estatísticas descritivas referente à qualidade de vida no cancro, qualidade de vida no cancro de mama e imagem corporal

	M	DP	Assimetria	Curtose	Mín.	Máx.
Qualidade de vida no cancro	2,56	,58			1,40	3,67
Estado Global de Saúde	4,31	1,24	,01	,34	1,00	7,00
Funcional	48,09	23,26	,15	-,81	4,44	95,56
Sintomas	2,29	0,67	,18	-,93	1,00	3,69
Qualidade de vida no cancro de mama	2,44	,54			1,35	3,57
Funcional	10,37	16,30	,06	-,28	-25,00	45,83
Sintomas	47,07	23,51	,20	-,94	6,67	93,33
BIS	2,55	,85	,02	-,91	1,00	4,00

Foi executada a análise descritiva do funcionamento e sintomas da qualidade de vida e da imagem corporal que constata que a análise da qualidade de vida geral apresenta valores totais de 1,40 e 3,67 ( $M = 2,56$ ;  $DP = ,58$ ). Os resultados apontam para maiores níveis no funcionamento da qualidade de vida no cancro ( $M= 49,09$ ;  $DP= 23,26$ ) e na sintomatologia da qualidade de vida no cancro de mama ( $M= 47,07$ ;  $DP= 23,51$ ).

Tabela 6 - Estatística descritiva referente ao questionário de qualidade de vida no cancro

	M	DP	Assimetria	Curtose	Mín.	Máx.
Qualidade de vida no cancro						
Funcional						
Funcionamento Físico	61,00	22,91	-,32	-,77	,00	100,00
Desempenho Funcional	51,33	32,97	-,11	-1,09	,00	100,00
Funcionamento Emocional	38,67	30,69	,48	-,66	,00	100,00
Funcionamento Cognitivo	38,17	31,18	,48	-,82	,00	100,00
Funcionamento Social	38,67	30,69	0,48	-,66	,00	100,00
Sintomas						
Fadiga	65,56	29,99	-,52	-,74	,00	100,00
Vômito / náuseas	20,50	29,29	1,40	,90	,00	100,00
Dor	54,83	34,19	-,11	-1,26	,00	100,00
Dispneia	19,00	30,80	1,44	,84	,00	100,00
Insónia	59,6	38,28	-,43	-1,25	,00	100,00
Perda de Apetite	31,67	37,17	,68	-1,03	,00	100,00
Obstipação	32,33	38,62	,62	-1,24	,00	100,00
Diarreia	16,67	27,83	1,59	1,60	,00	100,00
Dificuldades Financeiras	51,33	38,61	,02	-1,46	,00	100,00

Quanto aos elementos funcionais, os valores médios mais baixos ocorreram no Funcionamento Cognitivo (M= 38,17; DP= 31,18), indicando um funcionamento menos saudáveis nestas áreas, e o mais alto no Funcionamento Físico (M= 61,00; DP= 22,91), indicando que o mesmo demonstrou-se o menos afetado nos participantes. Nos elementos sintomáticos, o valor médio mais baixo verificou-se no sintoma Diarreia (M= 16,67; DP= 27,83) e o mais alto no sintoma Fadiga (M= 65,56; DP= 29,99), indicando a existência de mais sintomas de fadiga, seguindo-se a sintomatologia de Insónia (M= 59,6; DP= 38,28).

Tabela 7 - Estatística descritiva referente ao questionário de qualidade de vida no cancro de mama

	M	DP	Assimetria	Curtose	Mín.	Máx.
Qualidade de vida no cancro de mama						
Funcional						
Imagem Corporal	38,92	31,76	,39	-,95	,00	100,00
Funcionamento Sexual	77,17	23,88	-,90	,19	,00	100,00
Prazer sexual	75,67	27,57	-,98	,37	,00	100,00
Perspetivas Futuras	8,67	20,44	2,73	7,89	,00	100,00
Sintomas						
Efeitos secundários Terapia	54,81	27,65	-,17	-1,09	,00	100,00
Sistémica						
Sintomas peito	39,33	31,36	,40	-1,05	,00	100,00
Sintomas Braço	41,00	31,09	,29	-1,05	,00	100,00
Perda de Cabelo	42,00	43,58	,33	-1,65	,00	100,00

Para a qualidade de vida no cancro de mama, os valores totais oscilaram entre 1,35 e 3,57 ( $M = 2,44$ ;  $DP = ,54$ ). Quanto aos seus elementos funcionais, o valor médio mais baixo verifica-se nas Perspetivas Futuras e os valores médios mais elevados verificam-se no Funcionamento e Prazer Sexual. Nos componentes sintomáticos, o valor mais baixo verifica-se nos Sintomas do Peito e os valores mais altos nos Efeitos Secundários da Terapia.

**Exposição dos Valores Médios do Estudo e os Valores Referenciados da EORTC**Tabela 8 - Apresentação dos valores médios obtidos no questionário de qualidade de vida no cancro ( $n= 100$ ) com os valores de referência da EORTC (média  $M$  e desvio padrão  $DP$ )

	Valores estudo		Valores EORTC	
	M	DP	M	DV
Qualidade de vida no cancro				
Qualidade de Vida Global	4,31	1,24	61,8	24,6
Funcional				
Funcionamento Físico	61,00	22,91	78,8	24,6
Desempenho Funcional	51,33	32,97	70,9	29,9
Funcionamento Emocional	38,67	30,69	68,6	23,8
Funcionamento Cognitivo	38,17	31,18	81,5	21,8
Funcionamento Social	38,67	30,69	77,0	27,1
Sintomas				
Fadiga	65,56	29,99	33,3	26,2
Vômito / náuseas	20,50	29,29	7,7	17,3
Dor	54,83	34,19	28,7	28,7
Dispneia	19,00	30,80	18,1	26,8
Insónia	59,6	38,28	29,8	31,6
Perda de Apetite	31,67	37,17	18,5	28,9
Obstipação	32,33	38,62	17,2	27,2
Diarreia	16,67	27,83	5,9	15,4
Dificuldades Financeiras	51,33	38,61	18,3	27,8

Nas tabelas 8 e 9 são apresentados os resultados de qualidade de vida obtidos nos instrumentos de qualidade de vida no cancro de no cancro de mama (QLQ-C30 e QLQ-BR23), anteriormente apresentados, e os valores de referência da EORTC. Posteriormente foram calculados os intervalos de confiança para cada uma das escalas.

Aquando a análise das pontuações, sendo que as apontadas pela EORTC apresentam os resultados considerados desejáveis, ao nível do funcionamento, foram identificadas diferenças com valores baixos, indicando que a amostra estudada apresenta níveis inferiores de funcionamento relativamente ao desejável, sendo visível o inverso relativamente à sintomatologia, indicando que a amostra apresenta um nível elevado de sintomatologia.

Após o desenvolvimento dos intervalos de confiança, as médias que definem valores mais próximos aos desejados são o Funcionamento Físico e o Desempenho Funcional, notando-se na sintomatologia que os níveis de Vômito/ Náusea, Dor, Dispneia, Insónia, Perda de Apetite, Obstipação e Diarreia parecem aproximar-se dos valores referenciados.

A pontuação obtida no Estado Global de QV (M =4,31; DP= 1,24) apresenta a pontuação mais baixa relativamente aos valores dados pela EORTC (M= 61,8; DP= 24,6), revelando que a qualidade de vida da população do presente estudo a dimensão que as mulheres consideram mais deteriorada.

Tabela 9 - Apresentação dos valores médios obtidos no questionário qualidade de vida no cancro de mama (n= 100) com os valores de referência da EORTC (média M e desvio padrão DP)

	Valores estudo		Valores EORTC	
	M	DP	M	DP
Qualidade de vida no cancro de mama				
Funcional				
Imagem Corporal	38,92	31,76	82,7	22,9
Funcionamento Sexual	77,17	23,88	19,5	22,8
Prazer sexual	75,67	27,57	53,1	27,1
Perspetivas Futuras	8,67	20,44	47,3	33,7
Sintomas				
Efeitos secundários Terapia Sistémica	54,81	27,65	15,5	13,5
Sintomas peito	39,33	31,36	16,2	16,8
Sintomas Braço	41,00	31,09	18,7	20,5
Perda de Cabelo	42,00	43,58	5,0	18,2

Relativamente à qualidade de vida no cancro de mama, foram encontrados valores de médias dispersos que parecem aproximar-se dos valores referenciados para o Prazer Sexual (M= 75,67; DP= 27,57) evidenciando que as mulheres reportam níveis de prazer sexual próximo do que é esperado.

A Imagem Corporal (M=38,92; DP= 31,76) e Perspetivas Futuras (M= 8,67; DP= 20,44), apresentam médias que sugerem ser mais baixas do que o referenciado, indicando que a amostra apresenta níveis de imagem corporal mais baixos e menores perspetivas futuras

Os restantes níveis funcionais e todos os níveis sintomáticos apresentam valores mais elevados do que os indicados pela organização, indicando maior sintomatologia. A perda de cabelo define-se como o valor de maior discrepância com média de 42,00 e desvio padrão de 43,58.

## Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas da Qualidade de Vida no Cancro, Qualidade de Vida no Cancro de Mama e Imagem Corporal

Tabela 10 - *Estudo de relação entre a qualidade de vida global e a imagem corporal*

CEG	Imagem corporal	
		-,264**

Nota: CEG=Estado Global de Saúde  
 \*\*  $p < 0,01$   
 \*  $P < 0,05$

A relação encontrada entre a qualidade de vida global e a imagem corporal remete para uma relação negativa fraca, indicando que para um maior nível de qualidade de vida deve existir uma sintomatologia mais fraca para o estabelecimento de uma boa imagem corporal.

Tabela 11 - *Estudo de relação entre os elementos da qualidade de vida no cancro, qualidade de vida no cancro de mama e a imagem corporal (n=100)*

Variáveis	Qualidade de vida no cancro			Qualidade de vida no cancro de mama	
	CEG	E.Funcional	E.Sintomas	E.Funcional	E.Sintomas
Qualidade de vida no cancro					
CEG	--				
Funcional	,48**	--			
Sintomas	-,43**	-,87**	--		
Qualidade de vida no cancro de mama					
Funcional	-,07	,33*	-,29*	--	
Sintomas	-,30**	-,75**	,75**	-,39**	--
Imagem corporal	-,26**	-,49**	,35**	-,65**	,43**

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; BIS=Escala da Imagem Corporal

\*\*  $p < 0,01$

\*  $P < 0,05$

Na análise da correlação foram analisadas as variáveis da qualidade de vida e imagem corporal quanto à sua distribuição aplicando-se o coeficiente de Pearson para uma distribuição normal. Foram encontradas relações negativas entre a imagem corporal e o estado geral de saúde ( $r = -,26$ ;  $p = ,008$ ), concluindo que quanto mais sintomas assinalados na imagem corporal mais baixo é o nível de qualidade de vida em geral, sendo que os

sintomas associados à qualidade de vida apresentam uma relação positiva fraca e moderada revelando que quanta maior sintomatologia na qualidade de vida, menor imagem corporal ( $r = ,35; p = ,000$ ) ( $r = ,43; p = ,000$ ). Relativamente aos níveis funcionais, foram encontradas relações negativas moderadas ( $r = -,49; p = ,000$ ) e fortes ( $r = -,65; p = ,000$ ) revelando que existindo um nível saudável de funcionamento menor sintomatologia de imagem corporal, logo melhor imagem corporal.



## Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas e o Estado Geral de Saúde (Qualidade de vida)

Tabela 12 - *Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e da qualidade de vida (QV)*  
( $n=100$ )

Variáveis	Qualidade de vida (CEG) Correlação
Qualidade de vida no cancro	
Funcional	,48**
CFF	,43**
CDF	,41**
CFE	,46**
CFC	,29**
CFS	,46**
Sintomas	-,43**
CF	-,45**
CV	-,23*
CD	-,41**
CDI	-,25*
CI	-,25*
CPA	-,37**
CO	-,11
CDR	,08
CDFU	-,27**
Qualidade de vida no cancro de mama	
Funcionais	-,07
BRIC	,19
BRFS	-,30**
BRPS	-,19
BRPF	,17
Sintomas	-,30**
BRP	-,17
BRB	-,33**
BRC	-,12
BRES	-,25*
BIS	-,26**

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; CEF=Funcionamento Físico; CDFU=Desempenho Funcional; CFE=Funcionamento Emocional; CFC= Funcionamento Cognitivo; CFS=Funcionamento Social; CF=Fatiga; CV= Náuseas/Vômitar; CD= Dor; CDI= Dispneia; CI= Insónia; CPA= Perda de Apetite; CO= Obstipação; CDR= Diarreia; CDF= Dificuldades Financeiras; BRIC= Imagem Corporal; BRFC= Funcionamento Sexual; BRPS= Prazer Sexual; BRPF= Perspetivas Futuras; BRP= Sintomas Peito; BRB= Sintomas Braço; BRC= Perda de Cabelo; BRES= Efeitos Secundários Terapia Sistémica; BIS= Body Image Scale

\*\*  $p < 0,01$

\*  $P < 0,05$

A análise de correlação das várias variáveis com o total da qualidade de vida, foram registadas relações positivas moderadas para o Funcionamento Físico ( $r = ,48$ ;  $p = ,000$ ), Desempenho Funcional ( $r = ,43$ ;  $p = ,000$ ), Funcionamento Emocional ( $r = ,41$ ;  $p = ,000$ ) e

Funcionamento Social ( $r = ,46$ ;  $p = ,000$ ), e relações positivas fracas no Funcionamento Cognitivo ( $r = ,29$ ;  $p = ,004$ ). Esta análise permite concluir que ao existir um nível de funcionamento mais saudável é desenvolvida uma melhor qualidade de vida. Relativamente às relações negativas, estas são apresentadas nos níveis de sintomas de ambos os questionários da qualidade de vida (C30 e BR23). As correlações negativas fracas na qualidade de vida relativamente aos sintomas são relativas à Diarreia ( $r = -,25$ ;  $p = ,012$ ), Náusea/Vómito ( $r = ,48$ ;  $p = ,000$ ), Insónia ( $r = -,25$ ;  $p = ,014$ ), Perda de Apetite ( $r = -,37$ ;  $p = ,000$ ), Dificuldades Financeiras ( $r = -,27$ ;  $p = ,007$ ) e Sintomas Secundários da Terapia Sistémica ( $r = -,25$ ;  $p = ,011$ ). Existindo esta mesma relação perante a Imagem Corporal ( $r = -,26$ ;  $p = ,008$ ). Quanto às variáveis que apresentam uma correlação negativa moderada, estão apresentadas a Fadiga ( $r = -,45$ ;  $p = ,000$ ), a Dor ( $r = -,40$ ;  $p = ,000$ ). Estas correlações negativas demonstram que quanto maior a sintomatologia menor a qualidade de vida demonstrada pela mulher.

## Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas e a Imagem Corporal

Tabela 13 - *Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e a Imagem Corporal*

Variáveis	Imagem Corporal
	Correlação
Qualidade de vida no cancro	
CEG	-,26**
Funcional	-,49**
CFE	-,32**
CDF	-,37**
CFE	-,49**
CFC	-,36**
CFS	-,49**
Sintomas	,35**
CF	,40**
CV	,03
CD	,34**
CDI	,36**
CI	,35**
CPA	,22*
CO	,05
CDR	,02
CDFU	,18
Qualidade de vida no cancro de mama	
Funcionais	-,65**
BRIC	-,83**
BRFS	,20
BRPS	,12
BRPF	-,33**
Sintomas	,43**
BRP	,32**
BRB	,43**
BRC	,41**
BRES	,28**

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; CEF=Funcionamento Físico; CDFU=Desempenho Funcional; CFE=Funcionamento Emocional; CFC= Funcionamento Cognitivo; CFS=Funcionamento Social; CF= Fadiga; CV= Náuseas/Vômitar; CD= Dor; CDI= Dispneia; CI= Insónia; CPA= Perda de Apetite; CO= Obstipação; CDR= Diarreia; CDF= Dificuldades Financeiras; BRIC= Imagem Corporal; BRFC= Funcionamento Sexual; BRPS= Prazer Sexual; BRPF= Perspetivas Futuras; BRP= Sintomas Peito; BRB= Sintomas Braço; BRC= Perda de Cabelo; BRES= Efeitos Secundários Terapia Sistémica; BIS= Body Image Scale

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Ainda na temática das correlações, e relativamente à imagem corporal foram encontradas relações negativas fracas com a qualidade de vida geral ( $r = -,26; p = ,008$ ), Funcionamento Física ( $r = -,32; p = ,001$ ), Desempenho ( $r = -,37; p = ,000$ ) e Cognitivo ( $r = -,36; p = ,000$ ) da qualidade de vida no cancro e com as Perspetivas Futuras ( $r = -,33; p = ,001$ ) da qualidade de vida no cancro de mama, e relações negativas moderadas com o

Funcionamento Emocional ( $r = -.49; p = ,000$ ) e Social ( $r = -.49; p = ,000$ ). Podemos concluir que quanto maior é a sintomatologia da imagem corporal menor é o funcionamento da mulher nas diversas categorias (física, desempenho, cognitivo, social, emocional, e perspetivas futuras), ou seja a imagem corporal demonstra-se pior pelo fraco funcionamento.

Relativamente às relações positivas moderadas e fracas podem ser observadas na sintomatologia, indicando o aumento da sintomatologia faz com que a imagem corporal seja pior pela acumulação de sintomas, sendo incluídos por relações fracas os sintomas de Dor ( $r = ,34; p = ,000$ ), Diarreia ( $r = ,36; p = ,000$ ), Insónia ( $r = ,35; p = ,000$ ) e Perda de Apetite ( $r = ,22; p = ,026$ ) na qualidade de vida no cancro e Sintomas no Peito ( $r = ,32; p = ,001$ ), e Sintomas Secundários da Terapia ( $r = ,28; p = ,000$ ) na qualidade de vida no cancro de mama. As relações positivas moderadas observam-se nos sintomas Fadiga ( $r = ,40; p = ,000$ ), Sintomas no Braço ( $r = ,43; p = ,000$ ) e Perda de Cabelo ( $r = ,41; p = ,000$ ).

## Estudo da Relação entre as Variáveis Psicológicas e as Variáveis

### Sociodemográficas

Tabela 14 - *Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e a idade*

Variáveis	Idade
	Correlação
Qualidade de vida no cancro	
CEG	,15
Funcional	-,12
CFF	-,17
CDF	-,10
CFE	-,05
CFC	-,14
CFS	-,05
Sintomas	,19
CF	,18
CV	,23*
CD	,25*
CDI	,08
CI	-,08
CPA	,04
CO	,22*
CDR	,03
CDFU	-,02
Qualidade de vida no cancro de mama	
Funcionais	-,19
BRIC	-,08
BRFS	,02
BRPS	-,03
BRPF	,19
Sintomas	,23*
BRP	,27*
BRB	,13
BRC	,15
BRES	,16
BIS	,02

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; CEF=Funcionamento Físico; CDFU=Desempenho Funcional; CFE=Funcionamento Emocional; CFC= Funcionamento Cognitivo; CFS=Funcionamento Social; CF=Fatiga; CV= Náuseas/Vomitar; CD= Dor; CDI= Dispneia; CI= Insónia; CPA= Perda de Apetite; CO= Obstipação; CDR= Diarria; CDF= Dificuldades Financeiras; BRIC= Imagem Corporal; BRFC= Funcionamento Sexual; BRPS= Prazer Sexual; BRPF= Perspetivas Futuras; BRP= Sintomas Peito; BRB= Sintomas Braço; BRC= Perda de Cabelo; BRES= Efeitos Secundários Terapia Sistémica; BIS= Body Image Scale

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Para testar a relação entre a idade e as variáveis procedeu-se a uma correlação entre as mesmas. Foram encontradas relações positivas moderadas nos sintomas, em específico nas Náuseas ( $r = .23$ ;  $p = ,020$ ), Dor ( $r = .25$ ;  $p = ,011$ ), Obstipação ( $r = .22$ ;  $p = ,030$ ) e Sintomas

no Peito ( $r = ,27$ ;  $p = ,007$ ), indicando que as mulheres mais novas apresentam maior sintomatologia e mais preocupações relativamente à mesma.

Tabela 15 - *Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e o tempo de diagnóstico*

Variáveis	Tempo de diagnóstico
	Correlação
Qualidade de vida no cancro	
CEG	,14
Funcional	-,13
CFE	-,14
CDF	-,12
CFE	-,05
CFC	-,12
CFS	-,05
Sintomas	,22*
CF	,16
CV	,31**
CD	,21*
CDI	,27**
CI	,07
CPA	,07
CO	-,02
CDR	,10
CDFU	,02
Qualidade de vida no cancro de mama	
Funcionais	-,07
BRIC	-,05
BRFS	-,17
BRPS	-,20*
BRPF	-,04
Sintomas	,15
BRP	,11
BRB	,14
BRC	,17
BRES	,09
BIS	,07

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; CEF=Funcionamento Físico; CDFU=Desempenho Funcional; CFE=Funcionamento Emocional; CFC= Funcionamento Cognitivo; CFS=Funcionamento Social; CF=Fatiga; CV= Náuseas/Vômitar; CD= Dor; CDI= Dispneia; CI= Insónia; CPA= Perda de Apetite; CO= Obstipação; CDR= Diarreia; CDF= Dificuldades Financeiras; BRIC= Imagem Corporal; BRFC= Funcionamento Sexual; BRPS= Prazer Sexual; BRPF= Perspetivas Futuras; BRP= Sintomas Peito; BRB= Sintomas Braço; BRC= Perda de Cabelo; BRES= Efeitos Secundários Terapia Sistémica; BIS= Body Image Scale

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

O tempo de diagnóstico de cancro de mama pode ser uma variável que influencia a qualidade de vida e imagem corporal da mulher. Com a correlação, verificou-se que existem correlações positivas fracas na sintomatologia da qualidade de vida no cancro, em específico nos sintomas Náusea/Vômitar ( $r = ,31$ ;  $p = ,002$ ), Dor ( $r = ,21$ ;  $p = ,035$ ) e Dispneia ( $r = ,27$ ;

$p = ,006$ ) indicando que os sintomas acima descritos se encontram mais predominantes com o passar do tempo, estando mais presentes em mulheres com um maior tempo de diagnóstico. As relações contrárias encontram-se a nível do funcionamento da qualidade de vida no cancro de mama, especificamente uma relação negativa fraca no Prazer Sexual ( $r = -,20$ ;  $p = ,042$ ) indicando que a intimidade se demonstra menos prazerosa quando o tempo de diagnóstico é menor.

Tabela 16 - *Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e o tempo de cirurgia*

Variáveis	Tempo de cirurgia
	Correlação
Qualidade de vida no cancro	
CEG	,07
Funcional	-,17
CFE	-,18
CDF	-,09
CFE	-,14
CFC	-,11
CFS	-,14
Sintomas	,18
CF	,22
CV	,17
CD	,18
CDI	,23*
CI	,15
CPA	,03
CO	,02
CDR	,08
CDFU	-,09
Qualidade de vida no cancro de mama	
Funcionais	-,07
BRIC	-,08
BRFS	,07
BRPS	,04
BRPF	-,04
Sintomas	,12
BRP	-,05
BRB	,05
BRC	,11
BRES	,21
BIS	,03

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; CEF=Funcionamento Físico; CDFU=Desempenho Funcional; CFE=Funcionamento Emocional; CFC= Funcionamento Cognitivo; CFS=Funcionamento Social; CF=Fatiga; CV= Náuseas/Vomitar; CD= Dor; CDI= Dispneia; CI= Insónia; CPA= Perda de Apetite; CO= Obstipação; CDR= Diarreia; CDF= Dificuldades Financeiras; BRIC= Imagem Corporal; BRFC= Funcionamento Sexual; BRPS= Prazer Sexual; BRPF= Perspetivas Futuras; BRP= Sintomas Peito; BRB= Sintomas Braço; BRC= Perda de Cabelo; BRES= Efeitos Secundários Terapia Sistémica; BIS= Body Image Scale

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

Relativamente ao tempo decorrido desde a realização da cirurgia, apenas é observada a relação da qualidade de vida e imagem corporal com o sintoma de dispneia, sendo esta positiva fraca ( $r = ,23$ ;  $p = ,035$ ).

Tabela 17 - *Estudo de relação entre as variáveis psicológicas e a quantidade de tratamentos de quimioterapia realizados*

Variáveis	Número de tratamentos
	Correlação
Qualidade de vida no cancro	
CEG	,00
Funcional	-,12
CFF	-,09
CDF	-,08
CFE	-,11
CFC	-,07
CFS	-,11
Sintomas	,07
CF	,07
CV	-,00
CD	,09
CDI	,10
CI	,12
CPA	-,10
CO	,01
CDR	,04
CDFU	,08
Qualidade de vida no cancro de mama	
Funcionais	-,08
BRIC	-,12
BRFS	,06
BRPS	,10
BRPF	-,14
Sintomas	,05
BRP	,04
BRB	,13
BRC	,00
BRES	,01
BIS	,13

Nota: CEG=Estado Global de Saúde; CEF=Funcionamento Físico; CDFU=Desempenho Funcional; CFE=Funcionamento Emocional; CFC= Funcionamento Cognitivo; CFS=Funcionamento Social; CF=Fadiga; CV= Náuseas/Vômitar; CD= Dor; CDI= Dispneia; CI= Insónia; CPA= Perda de Appetite; CO= Obstipação; CDR= Diarria; CDF= Dificuldades Financeiras; BRIC= Imagem Corporal; BRFC= Funcionamento Sexual; BRPS= Prazer Sexual; BRPF= Perspetivas Futuras; BRP= Sintomas Peito; BRB= Sintomas Braço; BRC= Perda de Cabelo; BRES= Efeitos Secundários Terapia Sistémica; BIS= Body Image Scale

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$



Ainda relativamente à relação entre as variáveis, após análise da correlação das variáveis com o número de tratamentos de quimioterapia, que na amostra vão de 1 a 40, não são apresentadas relações com a qualidade de vida, seja níveis funcionais ou de sintomas, e da imagem corporal. A falta de relações entre as variáveis indica que o número de tratamentos realizados não influencia a qualidade de vida ou a imagem corporal da mulher.

### Estudo dos determinantes da Qualidade de Vida e da Imagem Corporal

Tabela 18 - *Diferença entre os subtipos de cancro de mama quanto à qualidade de vida global, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida no cancro de no cancro de mama e imagem corporal*

	NS	CDIS	CDLI	CL	I	LA	LB	HER-2	TN	NL	ME	DPM		
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	<i>t</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida no Cancro														
Estado Global de Saúde	50,07	74,50	45,92	41,62	72,33	44,25	59,00	55,59	39,00	42,25	49,42	39,00	6,078	,868
Funcional	55,57	41,25	51,46	60,12	46,50	37,50	58,75	57,86	79,00	23,40	47,47	71,00	13,760	,247
Sintomas	51,45	42,00	49,42	48,00	68,83	64,00	52,75	44,05	21,00	71,50	46,95	14,00	11,131	,432
Qualidade de vida no Cancro de mama														
Funcional	29,65	15,75	31,33	37,00	5,50	25,25	19,50	24,56	42,40	14,30	20,40	23,00	13,927	,237
Sintomas	48,00	82,50	48,81	41,62	61,33	55,50	39,50	46,59	24,50	72,20	46,55	46,00	10,963	,446
Imagem Corporal	47,74	81,25	50,92	42,25	69,50	57,50	45,00	44,91	21,00	66,05	48,00	59,00	9,204	,603

Nota: NS= Não Sei; CDIS= Carcinoma ductal In Situ; CDLI= Carcinoma Ductal Invasivo; CL= Carcinoma Lobular; I= Inflamatório; LA= Lumial A; LB= Lumial B; TN= Triplo Negativo; NL= Normal-Like; ME= Metástico; DPM= Doença de Paget's do Mamiló

Segundo os subtipos de cancro de mama apresentados na amostra, foi possível analisar a relação específica desta variável com a qualidade de vida geral, qualidade de vida no cancro e no cancro de mama e a imagem corporal.

O estudo das diferenças entre subtipo de cancro de mama, recorrendo ao teste de Kruskal-Wallis verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas de acordo

com a qualidade de vida geral ( $p= 0,868$ ), níveis de funcionamento, sintomatologia e a imagem corporal ( $p= 0,603$ ), visto que apresentam níveis de significância superiores a 0,05 ( $0,237 < p < 0,446$ ).

Tabela 19 - *Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com a realização ou não de cirurgia*

	Não	Sim	<i>T</i>	<i>P</i>
	M	M		
Qualidade de vida no Cancro				
Estado Global de Saúde	40,23	52,31	2,292	,130
Funcional	61,40	48,58	2,496	,114
Sintomas	39,80	52,39	2,404	,121
Qualidade de vida no Cancro de mama				
Funcional	34,33	23,70	2,944	,086
Sintomas	36,43	52,98	4,155	,042*
Imagem Corporal	38,17	52,68	2,194	,074

\*  $P < 0,05$

A realização ou não de cirurgia não era um critério na inclusão das participantes.

Deste modo foi possível a comparação de médias entre a população que não realizou e realizou cirurgia.

Os resultados obtidos apontam para uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que toca à sintomatologia presente na qualidade de vida no cancro de mama, incluindo os efeitos secundários da terapia sistémica, como dores de cabeça, afrontamento, boca seca e alterações no paladar e na visão; sintomas no peito e no braço; e perda de cabelo. Desta forma os resultados indicam que a realização de cirurgia ( $M= 52,98$ ;  $p= ,042$ ) aponta para uma maior sintomatologia ligada à qualidade de vida, resultando num decréscimo desta última.

Tabela 20 - *Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com tipo de cirurgia*

	Conservadora	Radical	<i>t</i>	<i>P</i>
	M	M		
Qualidade de vida no Cancro				
Estado Global de Saúde	46,80	41,13	1,024	,312
Funcional	43,61	42,70	,025	,874
Sintomas	42,21	43,39	,042	,837
Qualidade de vida no Cancro de mama				
Funcional	21,20	22,43	,095	,758
Sintomas	46,05	41,50	,640	,424
Imagem Corporal	43,34	42,83	,008	,929

Relativamente ao tipo de cirurgia realizada, não se observa diferenças estatisticamente significativas pelos valores de significância superiores a 0,05 ( $0,312 < p < 0,929$ ), sendo que os valores da qualidade de vida geral e imagem corporal se demonstram os mais baixos e altos, respetivamente. As médias apresentadas pelos tipos de cirurgia demonstram-se no valor dos 40, sendo que relativamente ao nível funcional da qualidade de vida no cancro de mama as médias são mais baixas (Conservadora= 21,20; Radical= 22,43).

Tabela 21 - *Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com número de tratamentos de quimioterapia realizados*

	1-10	Mais de 11	<i>T</i>	<i>P</i>
	M	M		
Qualidade de vida no Cancro				
Estado Global de Saúde	49,28	52,77	,342	,559
Funcional	49,78	51,84	,116	,734
Sintomas	52,19	47,36	,633	,426
Qualidade de vida no Cancro de mama				
Funcional	24,47	26,20	,154	,695
Sintomas	51,62	48,43	,275	,600
Imagem Corporal	50,03	51,37	,049	,825

A quimioterapia trata-se de uma terapêutica recorrente no cancro de mama, sendo que na amostra do presente estudo todas as 100 participantes inserem este tratamento.

Desenvolvendo uma comparação dos grupos com as variáveis estudadas é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas, indicando que o número de tratamentos não apresenta influência na qualidade de vida nem na imagem corporal, apresentando níveis de estatística de 0,426 a 0,825.

Tabela 22 - *Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com estágio do cancro de mama*

	I	II	III	IV		
	M	M	M	M	<i>t</i>	<i>P</i>
Qualidade de vida no Cancro						
Estado Global de Saúde	68,25	45,70	53,67	40,67	5,429	,143
Funcional	54,33	44,08	52,33	57,54	2,830	,419
Sintomas	55,75	56,50	45,45	43,75	3,811	,283
Qualidade de vida no Cancro de mama						
Funcional	12,62	25,41	23,23	34,67	6,345	,096
Sintomas	43,50	56,77	46,45	45,38	3,350	,341
Imagem Corporal	42,75	52,49	51,22	41,50	1,792	,617

O estágio de cancro de mama é determinado pelo tamanho e severidade do tumor, na comparação entre grupos com as variáveis, as médias de cada subtipo apresentam-se muito semelhantes, sendo o valor mais díspar da média o valor do estágio I com o nível funcional da qualidade de vida no cancro de mama (M= 12,62), sendo que as restantes médias em termos gerais variam de 23, 23 no estágio III referente ao nível funcional, e 68,25 na qualidade de vida geral no estágio I, sendo este o menos severo. A comparação entre os grupos, recorrendo-se ao teste Kruskal-Wallis, não apresenta diferenças estatisticamente significativas relativamente à qualidade de vida no cancro e no cancro de mama em

específico e na imagem corporal, não apenas no Estado geral de saúde ( $p=0,143$ ) e na Imagem corporal ( $p=0,617$ ) mas também relativamente ao funcionamento e sintomatologia.

Tabela 23 - *Diferença do estado global de saúde, níveis de funcionamento e sintomatologia da qualidade de vida e imagem corporal com o tempo de diagnóstico*

	< 1 ano	1-2 anos	2-3 anos	>3 anos		
	M	M	M	M	<i>t</i>	<i>P</i>
Qualidade de vida no Cancro						
Estado Global de Saúde	45,47	47,92	59,71	54,86	3,600	,308
Funcional	57,10	47,38	48,79	44,43	3,146	,370
Sintomas	44,36	46,83	57,85	59,62	5,203	,158
Qualidade de vida no Cancro de mama						
Funcional	25,97	24,00	27,68	21,50	1,130	,770
Sintomas	43,69	55,23	53,15	54,17	3,154	,368
Imagem Corporal	47,79	53,69	45,79	55,00	1,584	,663

O tempo de diagnóstico na amostra apresenta-se variado, existindo na amostra a divisão em quatro escalas. O teste não paramétrico utilizado revela médias que variam entre os 21,50 para mais de 3 anos relativamente ao funcionamento na qualidade de vida no cancro de mama, e os 59,71 no diagnóstico entre os 2 e os 3 anos relativamente ao estado global de saúde. Contudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, observando-se valores de significância entre os 0,158 e os 0,770.

## Estudo dos Preditores da Qualidade de Vida

Tabela 24 - *Estudo das variáveis tempo de diagnóstico, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, numero de tratamentos e variáveis de funcionamento e sintomas como preditores da qualidade de vida*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	t	P
Qualidade de vida	,37	,24	,37	,018

Foi executada uma regressão linear múltipla que constata que o modelo é estatisticamente significativo ( $F= 2,89$ ;  $p= 0,02$ ). Conclui-se que as variáveis explicam 37% da variância, definindo um bom modelo de explicação, apresentando um Durbin-Watson de 2,278.

Tabela 25 - *Regressão linear das variáveis como preditores do Qualidade de vida*

	Beta não standartizado	Beta standartizado	T	P
Tempo de diagnóstico	,51	,54	2,02	,052
Tipo de cirurgia	-,69	-,31	-2,06	,047
Tempo de cirurgia	-,79	-,50	-1,85	,074
Número de tratamentos	,03	,17	1,14	,263
Sintomas do cancro de mama	-,01	-,28	-1,58	,124
Funcionamento do cancro de mama	-,01	-,21	-1,20	,240

Os resultados analisados demonstram que apenas o tipo de cirurgia ( $t= -2,06$ ;  $p.= ,047$ ) indicando que a qualidade de vida se apresenta mais elevada pela realização de cirurgia conservadora em comparação com cirurgia do tipo radical. Desta forma, o tipo de cirurgia demonstra-se como uma variável preditora da qualidade de vida.

Tabela 26 - *Estudo das variáveis idade, tempo de diagnóstico, subtipo de cancro, tipo de cirurgia, tempo de cirurgia, numero de tratamentos e variáveis de funcionamento e sintomas como preditores da imagem corporal*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	T	P
Imagem corporal	,653	,569	,653	,000

Relativamente às variáveis predictoras da imagem corporal, foram analisadas, pela regressão linear, a idade, o tempo de diagnóstico, subtipo de cancro, tipo e tempo de cirurgia, numero de tratamentos de quimioterapia e os níveis funcionais e de sintomas da qualidade de vida. Estas variáveis demonstram uma explicação de 61% da variância, tratando-se de um modelo muito bom, com um valor de Durbin-Watson de 2,300.

Tabela 27 - *Regressão linear das variáveis como preditores da imagem corporal*

	Beta não standartizado	Beta Standartizado	T	P
Idade	-,43	-,411	-3,11	,004
Tempo de diagnóstico	-,17	-,25	-1,19	,241
Subtipo	-,02	-,10	-,83	,413
Tipo de cirurgia	,12	,07	,59	,558
Tempo de cirurgia	,23	,20	,90	,373
Número de tratamentos	,01	,10	,93	,359
Sintomas do cancro de mama	,02	,44	3,48	,001
Funcionamento do cancro de mama	-,03	-,60	-4,70	,000

Com a análise da regressão linear, conclui-se que os preditores da imagem corporal são a idade ( $t=-3,11$ ;  $p = ,004$ ), a sintomatologia do cancro de mama ( $t=3,48$ ;  $p = ,001$ ) e o funcionamento do cancro de mama ( $t= -4,70$ ;  $p = ,000$ ). Ou seja, os níveis de imagem corporal encontram-se mais baixos quando existe uma idade superior e quando a sintomatologia é mais agravada, sendo a imagem corporal melhor quando os níveis de funcionamento são melhores. Desta forma mulheres mais novas e mulheres que apresentam mais sintomas apresentam uma imagem corporal mais degradada. É possível então concluir que a idade, a sintomatologia e o nível de funcionamento são preditores da imagem corporal.

Tabela 28 - *Estudo das variáveis de funcionamento e idade como preditores da imagem corporal*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	T	P
Imagem corporal	,30	,23	,30	,000

Com a análise da regressão linear anterior, foi observado que o nível de funcionamento elevado proporciona níveis mais elevados de qualidade de vida. Com esta proposição, realizou-se a análise entre as diferentes variáveis de funcionamento da qualidade de vida, observando-se uma explicação da variância de 30% e nível de Durbin-Watson de 1,953.

Tabela 29 - *Regressão linear das variáveis como preditores da imagem corporal*

	Beta não standartizado	Beta Standartizado	T	P
Idade	,00	,03	,29	,773
Qualidade de vida geral	-,01	-,02	-,17	,866
Funcionamento físico	,00	,10	,72	,476
Desempenho funcional	-,00	-,08	-,58	,565
Funcionamento cognitivo	-,00	-,06	-,49	,627
Funcionamento social	-,01	-,37	-2,69	,008
Funcionamento sexual	,01	,25	1,14	,257
Prazer sexual	-,01	-,21	-,99	,324
Perspetivas futuras	-,01	-,21	-2,08	,040

Os resultados obtidos mostram que nenhum tipo de funcionamento é preditor da imagem corporal.

Tabela 30 - *Estudo das variáveis sintomas como preditores da qualidade de vida*

	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	T	P
Qualidade de vida	,299	,193	,299	,002

Ainda relativamente à qualidade de vida, foram analisados quais os sintomas preditores desta, existindo uma explicação de 30% da variância e com nível de Durbin-Watson de 2,003.



Tabela 31 - *Regressão linear das variáveis como preditores da qualidade de vida*

	Beta não standartizado	Beta Standartizado	T	P
Fadiga	5,49	-,35	-2,41	,018
Náusea/vomitar	-,02	,05	,43	,669
Dor	,00	-,12	-,78	,439
Dispneia	-,00	,05	,45	,651
Insónia	,00	,07	,53	,594
Perda de apetite	-,01	-,19	-1,58	,119
Obstipação	,00	,03	,26	,798
Diarreia	,01	,13	1,28	,204
Dificuldades financeiras	-,00	-,07	-,64	,522
Sintomas peito	,01	,18	1,39	,168
Efeitos da terapia sistémica	,00	,05	,34	,738
Sintomas braço	-,01	-,24	1,68	,096
Perda de cabelo	,00	-,01	-,12	,906

Após análise dos sintomas, observa-se que o único sintoma preditor da qualidade de vida é a fadiga ( $t=-2,41$ ;  $p = ,018$ ).



## Discussão

A discussão do presente estudo exploratório, baseia-se nos resultados obtidos através de um questionário sociodemográfico, dois questionários de qualidade de vida e um de imagem corporal, administrados a cem mulheres portuguesas com diagnóstico de cancro de mama e em tratamentos de quimioterapia. Para tal, consideraram-se os resultados obtidos no questionário sociodemográfico, nos níveis funcionais e sintomáticos do questionário EORTC QLQ-C30, o módulo referente ao cancro de mama EORTC QLQ-BR23 e a escala de imagem corporal (BIS).

Desta forma será concretizada a discussão dos resultados em concordância com: os objetivos definidos, com base nos autores inicialmente analisados; o desenvolvimento de um modelo que permita a compreensão dos principais resultados; a reflexão de forma sintética sobre as principais conclusões, de acordo com os objetivos que foram estabelecidos inicialmente e posteriormente atingidos; as limitações, e as implicações que os resultados poderão ter para a prática e novas propostas de investigação.

O conjunto de resultados apresentados permitiu caracterizar o perfil demográfico das pacientes com cancro de mama, assim como analisar o impacto da doença na qualidade de vida e na imagem corporal da doença oncológica.

As pacientes desta amostra são mulheres de nacionalidade portuguesa, com média de idades de 46 anos, a maioria casada e com o ensino superior concluído. Todas as participantes realizaram tratamentos de quimioterapia, sendo o diagnóstico feito, na sua maioria de entre 1 a 5 anos, com realização de cirurgia radical.

Em relação ao objetivo central, que consistiu na caracterização do impacto da imagem corporal na qualidade de vida das mulheres com cancro de mama, verificou-se uma relação importante entre as variáveis. A existência de uma relação entre a qualidade de vida e a

imagem corporal é observável quando estudado o cancro de mama na mulher (Hwang *et al.*, 2013; Nayir *et al.*, 2016; Prates *et al.*, 2017). No caso da presente investigação, as mulheres apresentam uma relação moderada no que toca a estas variáveis, indicando que uma sintomatologia mais baixa permite níveis de imagem corporal e de qualidade de vida mais altos. Desta forma, quanto mais fraca for a imagem corporal pior será a qualidade de vida.

Em concordância com o presente estudo, outros autores reportaram resultados semelhantes, verificando que a insatisfação com o corpo se encontra associada com o aumento de dificuldades a nível funcional, inerentes a certos aspetos da saúde. Estes resultados permitem concluir que um importante preditor da qualidade de vida referente nos seus domínios é a imagem corporal (Alzabaidey, 2012; Chow *et al.*, 2016; Nayie *et al.*, 2016). Esta interação entre as variáveis pode apresentar como explicação o desenvolvimento de stress psicológico causado pelo diagnóstico de cancro (Chow *et al.*, 2016).

De forma contrária, mesmo correspondendo a um componente importante para a determinação da qualidade de vida, a imagem corporal, segundo Sun *et al.* (2014) não influencia de forma persistente a avaliação da qualidade de vida.

Com a análise dos valores das escalas, e para determinar a avaliação das mulheres acerca da sua qualidade de vida, foi desenvolvida uma associação dos valores encontrados no presente estudo e os valores referenciados pela EORTC (Scott *et al.*, 2008).

Quando observados os valores referentes à qualidade de vida geral, denota-se que a média se encontra com um valor mais baixo relativamente ao referenciado, indicando que a qualidade de vida da população do estudo é percecionada como fraca. Sendo demonstrado por Traore *et al.* (2018) que o construto em causa sofre alterações ao longo do tempo, existindo a hipótese do seu aumento.

As médias mais dispare, relativamente aos intervalos de confiança dos valores referenciados na qualidade de vida no cancro, estão presentes no funcionamento emocional, cognitivo e social, nas dificuldades financeiras e na sintomatologia de fadiga.

Com o diagnóstico da neoplasia, as mulheres passam por momentos de incerteza, existindo um deterioramento a nível emocional, um sentimento de tensão e irritabilidade (Safae *et al.*, 2015). Com a realização da cirurgia radical existe uma diminuição na performance cognitiva, que se traduz na dificuldade em concretizar situações automáticas como ler um jornal, recordar coisas do dia-a-dia assim como em aspetos sociais, sendo estas repercussões dos efeitos do cancro (Zanapalioglu *et al.*, 2009).

As pacientes do presente estudo desenvolveram com mais frequência efeitos secundários, sendo que o valor mais disparo remete para as Dificuldades Financeiras e para a Fadiga. Noutros estudos os sintomas demonstram-se com valores altos, contudo estes valores não se apresentam altos em toda a sintomatologia, contrariamente ao presente estudo, visto que os valores referentes a este aspeto apresentam valores bastante elevados (Pais-Ribeiro *et al.*, 2008; Traore *et al.*, 2018).

Relativamente ao instrumento referente à qualidade de vida no cancro de mama, as Perspetivas Futuras e a Imagem Corporal apresentaram um valor abaixo do recomendado, enquanto que o Funcionamento Sexual e o Prazer Sexual obtiveram valores acima do referenciado. Estes resultados indicam níveis de imagem corporal mais baixos e poucas perspetivas futuras. No entanto, a média do prazer sexual define-se como a única que apresenta valores mais afastados relativamente ao intervalo de confiança.

A imagem corporal e a sexualidade são áreas da vida da mulher que sofrem um grande impacto com a descoberta de cancro de mama, continuando até ao final dos tratamentos. As perceções negativas da imagem corporal incluem a insatisfação com a perda

da feminilidade, com a aparência e com o sentimento de ser menos atraente sexualmente (Akça *et al.*, 2014).

Para uma melhor análise da qualidade de vida e imagem corporal na mulher com cancro de mama, a integração de variáveis sociodemográficas e clínicas devem ser tidas em conta (Oudsten *et al.*, 2016).

Para uma compreensão mais aprofundada acerca da ligação entre as variáveis, foram definidos objetivos secundários, que consistiam na análise da qualidade de vida e da imagem corporal em função de diversas variáveis demográficas e clínicas.

O primeiro objetivo secundário pretendia a realização desta avaliação com a idade da mulher. No presente estudo observou-se que, ao comparar as pontuações obtidas no QLQ-C30, QLQ-BR23 e BIS entre as mulheres de 31 a 66 anos, as mulheres mais novas apresentaram pontuações moderadas nos sintomas de Náuseas, Dor, Obstipação e Sintomas no Peito. A idade observa-se como um grande preditor da imagem corporal, concluindo-se que quanto menor idade maior sintomatologia, logo menor imagem corporal (Champion *et al.*, 2014). Para Rosenberg *et al.* (2013), os sintomas presentes em mulheres mais novas podem estar associados com uma pior perceção do próprio corpo, podendo incluir os sintomas que foram referenciados no presente estudo. Mesmo com a perceção do próprio corpo diminuída, mulheres mais novas demonstram que esta dimensão aumenta progressivamente com o passar do tempo, relativamente à cirurgia (Chow *et al.*, 2016).

No que diz respeito à idade, relacionada com a imagem corporal e a qualidade de vida, a literatura parece não ser unânime. Alguns estudos apontam para piores níveis de perceção do corpo com níveis inferiores de qualidade de vida evidenciados em mulheres mais novas (Champion *et al.*, 2014; Chow *et al.*, 2016; McClelland *et al.*, 2015; Rosenberg *et al.*, 2013), outros autores reportam a não existência de interação entre a idade e a qualidade de

vida e a imagem corporal, indicando que os níveis indicados de satisfação se demonstram idênticos no geral das mulheres (Tariq & Hasan, 2015). A diferença apresentada relativamente à imagem corporal, com níveis mais elevados ou mais baixos na população mais nova remete para a preocupação com a condição física, sendo que nas mulheres mais velhas esta preocupação encontra-se centrada na sexualidade (Van der Velde, 1985), remetendo este aspeto para as conclusões retiradas no presente estudo.

O seguinte objetivo secundário que se propôs, centrou-se em função do tempo de diagnóstico, subtipo e estágio de cancro de mama.

No que se refere ao tempo de diagnóstico de cada mulher, os valores de qualidade de vida e de imagem corporal não apresentam diferenças significativas. Contudo, mulheres com maior tempo de diagnóstico apresentam uma maior sintomatologia relativamente a Náuseas/Vomitar, Dor e Dispneia e menores valores nos níveis de funcionamento, sugerindo que mulheres com diagnóstico mais recente indicam a intimidade como menos prazerosa. Contrariamente ao apresentado, Safaee *et al.* (2015) indicam que a sintomatologia, numa fase inicial do diagnóstico é menos predominante, sendo que, e em concordância com o presente estudo, a qualidade de vida demonstra-se mais negativa num momento inicial de descoberta do diagnóstico, teoria esta reforçada pelos autores Champion *et al.* (2014). Por outro lado, McClelland *et al.* (2015) aponta que a interação entre a imagem corporal e a qualidade de vida não se revela significativa num momento recente de diagnóstico, apoiando a presente investigação.

Neste estudo observou-se que o subtipo de cancro de mama e o estágio de diagnóstico não apresentam influências na imagem corporal e na qualidade de vida da mulher, demonstrando valores muito semelhantes tanto no funcionamento como na sintomatologia (Safaee *et al.*, 2015).

Existindo a importância do tratamento de quimioterapia, foi desenvolvido um outro objetivo secundário propondo analisar qual a influência do número de tratamentos desta terapia.

A comparação dos valores referenciados nos resultados, indica que a qualidade de vida e a imagem corporal não se encontram influenciadas pelo número de tratamentos de quimioterapia realizados. A não existência de relação entre os tratamentos de quimioterapia parece ser apontada não pela quimioterapia em si, mas sim pelos sintomas resultantes desta (Rosenberg *et al.*, 2013). Por outro lado, Denkordi *et al.* (2009) apontam para a existência de uma relação entre os domínios da qualidade de vida e o número de tratamentos realizados, existindo uma pior perceção da qualidade de vida com a presença de um maior número de tratamentos, contrariando assim os resultados do presente estudo.

Contrariamente aos resultados obtidos na presente investigação, muitos são os autores que reportam uma forte ligação entre os níveis de qualidade de vida e imagem corporal e os tratamentos de quimioterapia. Desta forma, a perceção de níveis baixos de qualidade de vida mostra-se consistente com a realização de tratamentos adjuvantes, em específico a quimioterapia pelos seus efeitos secundários no domínio físico (Chagani *et al.*, 2017; Raouf *et al.*, 2015). Em termos de imagem corporal, em diversos estudos esta variável também parece apresentar um impacto negativo (Bahrami *et al.*, 2017; Prates *et al.*, 2017).

Uma outra variável de extrema importância a avaliar é o tipo de cirurgia e o tempo decorrido da mesma, existindo deste modo o último objetivo secundário proposto.

No que se refere ao tempo de cirurgia, pode observar-se que a qualidade de vida e imagem corporal apenas mostra diferenças no que concerne a Dispneia, reconhecendo que esta sintomatologia aumenta com o tempo de realização da cirurgia, independentemente da mesma ser conservadora ou radical.



Passar pela cirurgia apresenta-se, em diversos estudos, como um momento que marca a vivência da mulher em tratamentos de cancro de mama, sendo a perceção do corpo inicialmente diminuída e mais tarde volta a aumentar, culminando numa atitude positiva para com ela própria (Collins *et al.*, 2011; Patrão *et al.*, 2011), não apresentando diferenças no que toca à qualidade de vida e à imagem corporal, relativamente ao tipo de cirurgia (Chow *et al.*, 2016; Guedes *et al.*, 2018; Lindwall & Bergbom, 2009; Sun *et al.*, 2014). Rosenberg *et al.* (2013) apresentam como explicação, para o facto de a imagem corporal poder apresentar alterações de acordo com o tipo de cirurgia, a existência de outras variáveis como ansiedade, depressão e fadiga que podem ter impacto na perceção do próprio corpo.

De maneira geral, os níveis de funcionamento, sintomas e imagem corporal não apresentam diferenças estatisticamente significativas quanto ao tipo de cirurgia realizado, contudo, o grupo submetido a cirurgia conservadora apresenta médias mais elevadas, sugerindo um maior impacto na mulher que passa pela cirurgia radical.

Diversos são os estudos que indicam, em consonância, que a realização de cirurgia conservadora aponta para um posterior aumento da imagem corporal (Han *et al.*, 2010; Prates *et al.*, 2011; Szutowicz-Wydra *et al.*, 2016; Zanapalioğlu *et al.*, 2009) e melhores níveis nas dimensões da qualidade de vida (Akça *et al.*, 2014; Zanapalioğlu *et al.*, 2009).

Desta forma, a realização de cirurgia radical (mastectomia) está relacionada com níveis de qualidade de vida mais baixos, no entanto não são significativos. As mulheres podem apresentar um pensamento mais positivo após a realização deste tipo de cirurgia, seja a nível físico ou social (Gomes & Silva, 2016; Spatuzzi *et al.*, 2016).

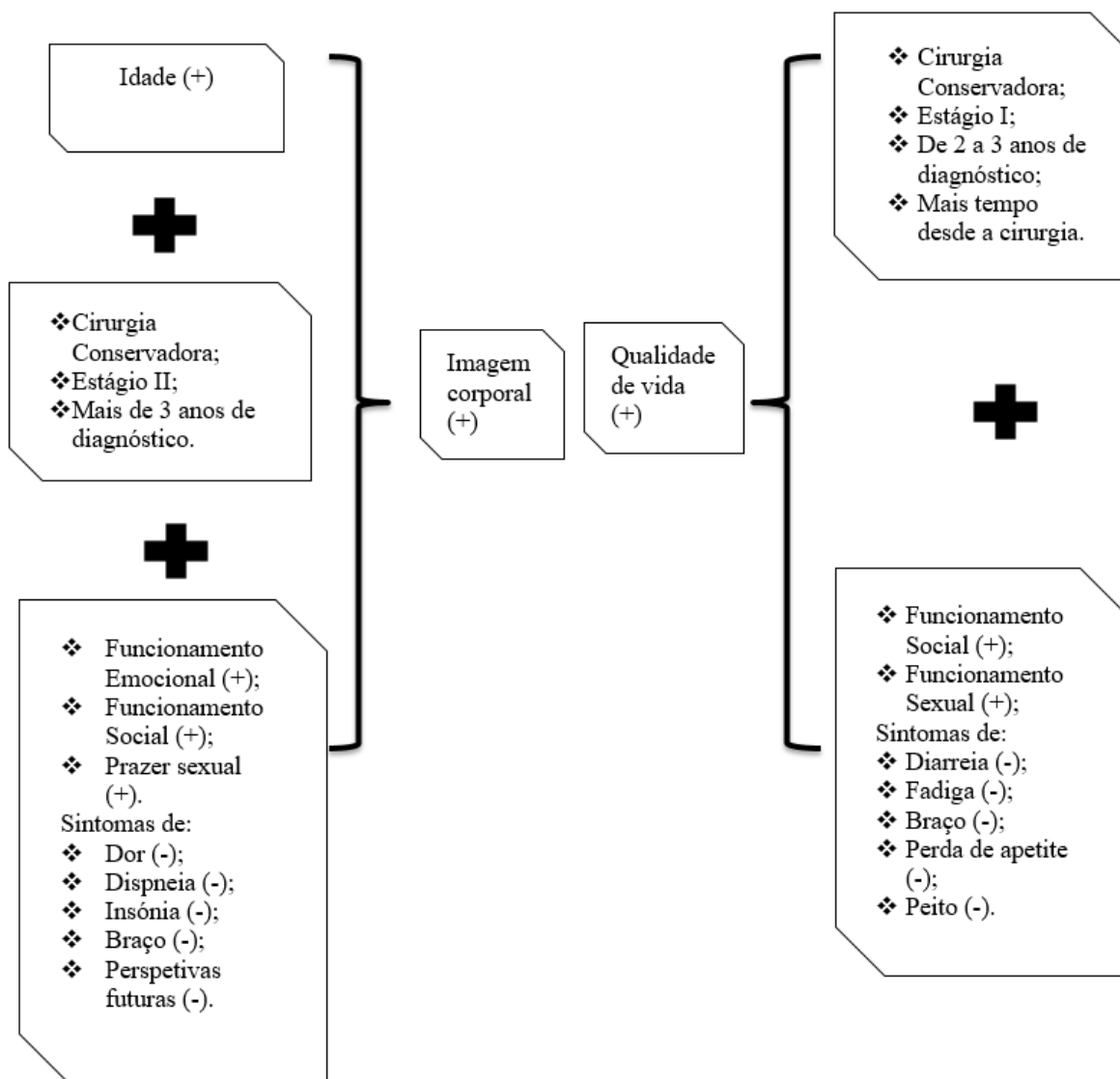


Figura 2 - Síntese dos resultados das variáveis que influenciam a imagem corporal e a qualidade de vida

Sendo a qualidade de vida e a imagem corporal os aspetos centrais da presente investigação, a análise dos seus preditores dita os elementos que indicam uma implicação positiva nas variáveis, como referenciado na Figura 2.

A qualidade de vida apresenta-se como uma variável que comporta diversos domínios que devem ser avaliados de forma separada (WHOOL, 1997) de acordo com cada indivíduo, visto que a individualidade de cada um é a forma como estes avaliam os diversos domínios (Osaba, 2011). Sendo um construto em mudança, é perceptível que o momento da sua

avaliação seja relevante. As diferentes fases pelas quais as mulheres com cancro de mama passam podem remeter para níveis diferentes da qualidade de vida (Bueno *et al.*, 2017; Ferrell *et al.*, 1996)

Relativamente à qualidade de vida, esta variável apresenta níveis elevados quando existe um maior tempo de diagnóstico, menos tempo de cirurgia, sendo esta conservadora, existindo uma sintomatologia mais leve relativamente à fadiga e à perda de apetite. Para esta variável, os estudos não se encontram unânimes quanto aos seus preditores, existindo a inclusão das variáveis apresentadas no presente estudo. Pacientes que passam por cirurgia conservadora (Akça *et al.*, 2014; Engel *et al.*, 2003; Han *et al.*, 2010), com sintomatologia fraca e idade elevada (Engel *et al.*, 2003) e quando o diagnóstico é mais antigo (McClelland *et al.*, 2015; Safaee *et al.*, 2015) apresentam níveis de qualidade de vida mais altos.

É assim perceptível que os preditores da qualidade de vida se demonstram variados segundo a população em estudo, no entanto é observado o impacto negativo da doença de forma global, seja em termos de funcionamento ou impacto dos sintomas (Chagani *et al.*, 2017).

A imagem corporal é uma temática em constante alteração, visto que representa a perceção do indivíduo acerca do seu corpo, de acordo com a sociedade e as suas próprias perspectivas (Midlarsky & Morin, 2017), existindo um valor e alterações mais predominantes segundo a idade da mulher, visto que a importância do corpo em idades mais novas remete para o nível físico e para a determinação da atração sexual (Van der Velde, 1985).

No que toca à imagem corporal, a sintomatologia inerente a esta encontra-se menos acentuada numa idade mais avançada, maiores níveis de funcionamento, melhor intimidade e elevadas perspectivas futuras. Para a imagem corporal, diversos autores apontam para variáveis que implicam este construto, existindo a concordância com o presente estudo. Pela

comparação entre idades, denota-se que a perceção do corpo é melhor em idades mais avançadas, culminando numa menor sintomatologia, sendo nesta fase da vida que a intimidade e funcionamento sexual demonstra melhores valores, existindo um receio diminuído de recorrência da doença (Champion *et al.*, 2014).

Com o surgimento da doença diversos fatores são afetados, determinando a diminuição da imagem corporal da mulher (Chen *et al.*, 2012; Oudsten *et al.*, 2012), sendo que esta diminuição pode ocorrer em diversos momentos, existindo o inverso de maneira semelhante, visto que a imagem corporal se pode alterar a qualquer momento.

Em concordância com o presente estudo, outros apontam preditores das variáveis como o tipo de cirurgia e sintomas no braço, para uma melhor qualidade de vida (Chow *et al.*, 2016; Engel *et al.*, 2003), e a mastectomia, a idade mais nova e sintomas físicos para uma pior imagem corporal (Che *et al.*, 2012; Chow *et al.*, 2016).

Decorrente do estudo realizado, obtiveram-se valores de interação da qualidade de vida e imagem corporal aceitáveis, indicando uma relação de múltipla influencia na forma como a mulher lida com o cancro de mama. Esta interação implica que, quando a qualidade de vida é reduzida, a imagem corporal é negativa, assim como se verifica uma elevada insatisfação com o corpo (Nayir *et al.*, 2016), podendo existir a influência de diversas variáveis, como a idade (Champion *et al.*, 2014; Tariq & Hasan, 2015), tempo de diagnóstico (Champion *et al.*, 2014; McClelland *et al.*, 2015), cirurgia (Collins *et al.*, 2011; Lindwall & Bergbom, 2009) e tratamento de quimioterapia (Chagani *et al.*, 2017; Hwang *et al.*, 2013).

De uma maneira geral, estas mulheres percecionam uma qualidade de vida inferior ao esperado, em todos os níveis de funcionamento e de sintomas, assim como na imagem corporal pelo aumento da sintomatologia. Quando comparados com os valores de referência da EORTC, as mulheres do presente estudo obtiveram valores menores no Funcionamento

Cognitivo (valor mais díspar) e valores mais elevados para a Imagem Corporal e as Perspetivas Futuras, indicando níveis de funcionamento inferiores ao considerado aceitável, altas perspetivas futuras e baixa imagem corporal. Em relação aos sintomas, os valores encontrados foram todos superiores aos referenciados, indicando a presença de uma maior sintomatologia.

As variáveis qualidade de vida e imagem corporal devem ser avaliadas e percebidas segundo a cultura em que a população estudada se insere. Tendo em vista este aspeto, os resultados apresentados são definidos segundo o grupo estudado, mesmo quando comparados com outras culturas (Tariq & Hasan, 2015).

Com o surgimento da neoplasia, a mulher passa por diversas emoções e alterações apresentando um grande impacto na qualidade de vida, seja a nível da sua condição física ou psicológica, podendo ser recorrente por diversos anos, mesmo existindo alterações dos níveis da variável (Kamińska *et al.*, 2015). A imagem corporal no cancro de mama apresenta diversas alterações em vários níveis, aparecendo com um impacto negativo com uma sintomatologia acentuada (Alzabaidey, 2012; Van der Velde, 1985).

De forma global, verifica-se que a qualidade de vida é influenciada pelo funcionamento sexual, sendo que valores inferiores de funcionamento, proporcionam uma elevada qualidade de vida, funcionamento social e sintomatologia relacionada com fadiga, dores musculares e no peito, o seu aumento proporciona um aumento na qualidade de vida, por outro lado, a imagem corporal, verifica-se mais baixa com níveis inferiores de funcionamento social e emocional, assim como sintomatologia de dor, dispneia, insónias e sintomas no braço.

As participantes do estudo, após análise, proporcionam resultados que, mesmo sem diferenças estatisticamente significativas, indicam que em termos de qualidade de vida, esta é

mais favorável no Estágio I da doença, assim como quando o diagnóstico é relativamente recente (de 2 a 3 anos), sendo que, no caso da imagem corporal, esta se torna mais elevada no Estágio II e com um tempo de diagnóstico mais antigo (mais de 3 anos). Os valores de médias na qualidade de vida e na imagem corporal são mais satisfatórios após cirurgia conservadora.

Para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados deste estudo, é de extrema importância considerar as limitações que surgiram ao longo do tempo.

Em primeiro lugar, é importante referir que a diversidade de estudos encontrados na literatura, quer de abordagem qualitativa como quantitativa, apontavam para resultados muito dispares, pela medição dos mesmos parâmetros, com utilização de diversos tipos de instrumentos, aumentando a dificuldade de comparação entre os resultados mais significativos.

Os resultados obtidos foram recolhidos num só momento, sendo um estudo transversal. Por este facto, uma das limitações encontradas remeteu para a impossibilidade do estudo das mulheres ao longo do tempo.

Uma outra limitação aponta para a dificuldade de obter um número de participantes elevado, uma vez que é um tema sensível, o qual limita a participação das mulheres. Também a extensão dos protocolos necessários para o início da recolha de dados se demonstrou longo e moroso.

O facto de ser uma amostra não probabilística por conveniência, pode resultar num grupo de participantes com determinadas características que podem diferir da população em geral. Esta situação deve ser considerada, o que pode limitar a generalização dos resultados, no entanto estes corroboraram com os dados de literatura atual, sugerindo que os resultados podem ser válidos.

Por fim, na amostra não foram especificadas as zonas de onde as mulheres são provenientes, pelo que convém considerar as características culturais das diversas regiões.

No decorrer do estudo surgiram reflexões para estudos futuros, apontando para a realização de estudos longitudinais, para avaliação das variáveis em diferentes momentos de avaliação. Deverá ser importante o tratamento de aspetos da qualidade de vida de forma mais aprofundada, assim como outras variáveis da doença. A realização de estudos futuros deve manter a importância no tema, inserindo estudos com temas separados para maior profundidade na análise dos resultados, com a implementação de estudos de variáveis como o suporte social, com a família nuclear e a importância da religião no contexto da doença. Pode ser importante a realização de um estudo longitudinal com a inclusão das pacientes em intervenções psicológicas, grupais e individuais, para analisar a importância da inserção da psicologia em diversos aspetos da doença, assim como seria ainda interessante a realização de um estudo com a inclusão de mulheres que não apresentam cancro de mama.

Os estudos a ser desenvolvidos com outros subtemas aliados ao apresentado, poderão vir a contribuir, de um modo positivo, para uma melhor qualidade de vida e informação para a população portadora da neoplasia, assim como para os técnicos que realizam o respetivo acompanhamento.

Acredita-se na importância do estudo como um meio de auxílio teórico para quem trabalha diretamente com a mulher com cancro de mama, em específico na intervenção psicológica, avaliação, prevenção e deteção precoce, enfatizando a importância de equipas multidisciplinares.

Desta forma, a esperança pela conclusão da presente dissertação é uma contribuição de uma construção científica sólida que possibilite o apoio a profissionais a desenvolver

estratégias de intervenção de modo ativo e pertinentes, assim como um maior entendimento das variáveis estudadas e como estas afetam a população em causa.

Em forma de conclusão, é necessário refletir que a doença oncológica se apresenta como um problema de saúde pública pelo aumento de incidência em todas as populações. Por este motivo, todas as investigações apresentam um carácter essencial para a produção de conhecimentos que permita o auxílio e diminuição da morbilidade, possibilitando uma melhor e mais adequada prestação de cuidados.



## Referências

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, ... Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
- Ai, Z., Goo, X., Zhou, J., & Wu, Y. (2014). Changing trends and influencing facts of the quality of life of chemotherapy patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 18-23. doi: 10.1016/j.cnre.2017.03.006
- Akça, M., Ata, A., Nayir, E., Erdoğan, S., & Arıcan, A. (2014). Impact of surgery on quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 10(4), 222-228. doi: 10.5152/tjbh.2014.1919
- Al-Azri, M., Al-Awsi, H., Al-Rasbi, S., El-Shafie, K., Al-Hinai, M., Al-Habsi, H., & Al-Moundhri, M. (2014). Psychosocial impact of breast cancer diagnosis among Omani women. *Oman Medical Journal*, 29(6), 437-444. doi: 10.5001/omj.2014.115
- Alzabaiday, F.K. (2012). Quality of life assessment for patients with breast cancer receiving adjuvant therapy. *Journal of Cancer Science & Therapy*, 4(3), 51-55. doi: 10.4172/1948-5956.1000110
- American Cancer Society. (2017a). *What is breast cancer?*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
- American Cancer Society. (2017b). *Breast Cancer Stages*. Recuperado de [https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html#written\\_by](https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html#written_by)
- American Cancer Society. (2018). *Cancer Facts & Figures 2018*. Georgia, Atlanta: American Cancer Society.

- Anderen, M.R., & Urban, N. (1999). Involvement in decision-making and breast cancer survivor quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(3), 201-209. doi: 10.1007/BF02884834
- Andolhe, R., Guido, L.A., & Bianchi, E.R.F. (2009). Stress and coping in perioperative period of breast cancer. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 711-720. doi: 10.1590/S0080-62342009000300030
- Annunziata, M.A., Muzzatti, B., Bomben, F., Flaiban, C., Piccinin, M., & Solfrini, V. (2018). A contribution to the validation of the Italian version of the Body Image Scale (BIS). *BMC Cancer*, 18(1222), 2-5. doi: 10.1186/s12885-018-5143-6
- Bagheri, M., & Mazaheri, M. (2015). Body image and quality of life in female patients with breast cancer and healthy women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(1), 285-292. doi: 10.22038/JMRH.2015.3584
- Bahrani, M., Mohamadirizi, M., Mohamadirizi, S., & Hosseini, S.A. (2017). Evaluation of body image in cancer patients and its association with clinical variables. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(81), 1-5. doi: 10.4103/jehp.jehp\_4\_15
- Begovic-Juhant, A., Chmielewsky, A., Iwuagwu, S., Chapman, L.A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among woman with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 446-460. doi: 10.1080/07347332.2012.684856
- Breastcancer.org. (2019a). *Invasive ductal carcinoma (IDC)*. Recuperado de <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/idc>
- Breastcancer.org. (2019b). *Metastatic breast cancer*. Recuperado de [https://www.breastcancer.org/symptoms/types/recur\\_metast](https://www.breastcancer.org/symptoms/types/recur_metast)
- Breastcancer.org. (2019c). *Molecular subtypes of breast cancer* Recuperado de <https://www.breastcancer.org/symptoms/types/molecular-subtypes>

- Bueno, J.N., Haddad, C.A.S., Rizzi, S.K.L.A., Giron, P.S., Facina, G., & Nazário, A.C.P. (2017). Evolution of body image, quality of life, tactile sensitivity and pain in women with breast cancer submitted to surgical intervention. *Rev Assoc Med Bras*, *64*(6), 530-536. doi: 10.1590/1806-9282.64.06.530
- Cella, D.F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, *9*(3), 186-192. doi: 10.1016/0885-3924(94)90129-5
- Chagani, P., Parpio, Y., Gul, R., & Jabbar, A.A. (2017). Quality of life and its determinants in adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment in Pakistan. *Asian-Pacific Journal of Oncology Nursing*, *4*(2), 140-146. doi: 10.4103/2347-5625.204499
- Champion, V.L., Wanger, L.I., Monahan, P.O., Daggy, J., Smith, L., Cohee, A., ... Slendge, G.W. (2014). Comparison of younger and older breast cancer survivors and age-matched controls on specific and overall quality of life domains. *Cancer*, *120*(15), 2237-2246. doi: 10.1002/cncr.28737
- Chang, O., Choi, E., Kim, I., Nam, S., Lee, J.E., Lee, S.K., ... Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*, *15*(20), 8607-8612. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.20.8607
- Chen, C.L., Liao, M.N., Chen, S.C., Chan, P.L., Chan, P.L., & Chen, S.C. (2012). Body image and its predictors in breast cancer patients receiving surgery. *Cancer Nurs*, *35*(5), 10-16. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182336f8b
- Cheung, S., Greenway, N., Lagord, C., Williams, L., Kearins, O., & Lawrence, G. (2009). *All breast cancer report: A UK analysis of all symptomatic and screen-detected breast cancer diagnosed in 2006*. NHS Cancer Screening Programmes.

- Chopra, I., & Kamal, K.M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*, *10*(14), 1-15. doi: 10.1186/1477-7525-10-14
- Chow, K.M., Hung, K.L., & Yeung, S.M. (2016). Body image among breast cancer survivors: A literature review. *World Journal of Oncology Research*, *3*, 12-20. doi: 10.15379/2413-7308.2016.03.02
- Collins, K.K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., ... Jeffe, D.B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, *126*(1), 167-176. doi:10.1007/s10549-010-1077-7
- Cull, A., Sprangers, M., Bjordal, K., Aaronson, N., West, K., & Bottomley, A. (2002). *EORTC Quality of life group translation procedure* (2nd ed.). Bruxelles: EORTC.
- Dahl, C.A.F., Reinertsen, K.V., Nesvold, I., Fosså, S.D., & Dahl, A.A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, *116*(15), 3549-3557. doi:10.1002/cncr.25251
- Dai, X., Li, T., Bai, Z., Yang, Y., Liu, X., Zhan, J., & Shi, B. (2015). Breast cancer intrinsic subtypes classification, clinical use and future trends. *Am J Cancer Res*, *5*(10), 2929-2943. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4656721/>
- Dehkordi, A., Heydarnejad, M.S., & Fatehi, D. (2009). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Oman Medical Journal*, *24*(3), 204-207. doi: 10.5001/omj.2009.40
- Devins G.M., Blinik Y.M., Hutchinson, T.A., Hollomby, D.J., Barré, P.E., & Guttman, R.D. (1983). The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients'

perceptions of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med*, 13, 327-43. doi: 10.2190/5DCP-25BV-U1G9-9G7C

Di Giacomo, D., Cannita, K., Ranieri, J., Cocciolone, V., Passafiume, D., & Ficorella, C. (2016). Breast cancer and psychological resilience among young women. *Journal of Psychopathology*, 22, 191-195. Recuperado de [https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2016/12/05\\_DiGiacomo-1.pdf](https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2016/12/05_DiGiacomo-1.pdf)

Duarte, M. (2000). A representação do cancro nos enfermeiros. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros*, 19, 37-43.

Eliyatkin, N., Yalçın, E., Zengel, B., Aktas, S., & Vardar, E. (2015). Molecular classification of breast cancer carcinoma: from traditional, old-fashioned way to a new age and a new way. *J Breast Health*, 11, 59-66. doi: 10.5152/tjbh.2015.1669

Engel, L., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Eckel, R., Saver, H., & Hölzel, D. (2003). Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncol*, 42(7), 710-718. doi: 10.1080/02841860310017658

European Society for Medical Oncology. (2018). *Breast cancer: a guide for patients*. Recuperado de <https://www.esmo.org/content/download/6593/114959/file/EN-Breast-Cancer-Guide-for-Patients.pdf>

Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bjordal, K., Groenvold, M., Curran, D., Bottomley, A. (2001). *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual* (3th ed.). Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.

Fehlauer, F., Tribius, S., Mehnert, A., & Rades, D. (2005). Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Res Treat.*, 92(3), 217-22. doi:10.1007/s10549-005-2420-2

- Ferreira, P., & Marques, F. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P.L. (1997). The portuguese version of the EORTC QLQ-C30. In *10th International Meeting of Gynaecological Oncology* (pp.527-532). Coimbra: School of Economics.
- Ferrell, B.R., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis-Green, S., & Schaffner, M.L.J. (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer Practice*, 4(6), 331-340.
- Figueiredo, A., Araújo, P., & Figueiredo, P. (2006). Qualidade de vida do doente oncológico. *Revista de Enfermagem Oncológica*, 36(9),15-20. Recuperado de <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/2618-qualidade-de-vida-do-doente-oncologico#.XVbFVOhKiM8>
- Figueiredo, M.I., Cullen, J. Hwang, Y., Rowland, J.H., & Mandelblatt, J.S. (2004). Breast cancer treatment in older women: does getting what you want improve your long-term body image and mental health?. *Journal of Clinical Oncology*, 22(19), 4002-4009. doi: 10.1200/jco.2004.07.030
- Freire, M.E.M., Sawada, N.O., França, I.S.X., Costa, S.F.G., Oliveira, C.D.B. (2014). Health-related quality of life among patients with advanced cancer: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 351-61. doi: 10.1590/S0080-623420140000200022
- Gokgoz, S., Sadikoglu, G., Paksoy, E., Guneytepe, U., Ozcakil, A., Bayam, N., & Bilgel, N. (2011). Health related quality of life among breast cancer patients: a study from Turkey. *Global Journal of Health Science*, 3(2), 140-152. doi: 10.5539/gjhs.v3n2p140
- Gomes, N.S., & Silva, S.R. (2016). Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica da mama. *Rev Enfrem UERJ*, 24(3). doi: 10.12957/reuerj.2016.7634

- Gómez-Campelo, P., Bragado-Álvarez, C., Hernández-Lloreda, M.J., & Sánchez-Bernardos, M.L. (2015). The Spanish version of the Body Image Scale (S-BIS): psychometric properties in a sample of breast and gynaecological cancer patients. *Support Care Cancer*, 23(2), 473-481. doi: 10.1007/s00520-014-2383-0
- Guedes, T.S.R., Oliveira, N.P.D., Holanda, A.M., Reis, M.A., Silva, C.P., Silva, B.L.R., ... Souza, D.L.B. (2018). Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*, 19(6), 1487-1493. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1487
- Haertl, K., Engel, J., Herschbach, P., Reinecker, H., Sommer, H., & Friese, K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*, 19(2), 160-166. doi: 10.1002/pon.1536
- Hajian, S., Mehradi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(1), 215-224. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.1.215
- Han, J., Grothuesmann, D., Neises, M., Hille, U., & Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282(1), 75-82. doi: 10.1007/s00404-009-1302-y
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., & Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14(7), 1064-1071. doi: 10.1093/annonc/mdg289
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário* (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.

- Holland, J.C., & Mastrovito, R. (1980). Psychologic adaptation to breast cancer. *Cancer*, 46(4), 1045-1052. doi: 10.1002/1097-0142(19800815)46:4+<1045::AID-CNCR2820461331>3.0.CO;2-2
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197. doi: 10.1016/s0959-8049(00)00353-1
- Hwang, S.Y., Chang, S.J., & Park, B. (2013). Does chemotherapy really affect the quality of life of women with breast cancer?. *J Breast Cancer*, 16(2), 229-235. doi: 10.4048/jbc.2013.16.2.229
- Im, E., Chee, W., Guevara, E., Lim, H., Liu, Y., & Shin, H. (2008). Gender and ethnic differences in cancer patient's needs for help: an internet survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1192-1204. doi: org/10.1016/j.ijnrst.2007.09.006
- Joulaei, A., Joolea, S., Kadivar, M., & Hajibabae, F. (2012). Living with breast cancer: iranian women's lived experiences. *International Nursing Review*, 59, 362-368. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00979.x
- Juhl, A.A., Damsgaard, T.E., O'Connor, M., Christensen, S., & Zachariae, R. (2017). Personality traits as predictors of quality of life and body image after breast reconstruction. *PRS Global Open*, 5(5), 1-8. doi: 10.1097/GOX.0000000000001341
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Kukielka-Budny, B., Kubiowski, T., Baczewska, B., Makara-Studzińska, M., ... Bojar, I. (2015). Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(4), 724-730. doi: 10.5604/12321966.1185784



- Karayurt, Ö., Edeer, A.D., Süler, G., Dorum, H., Harputlu, D., Vural, F., & Üçer, C. (2015). Psychometric properties of the body image scale in turkish ostomy patients. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(3), 127-134. doi: 10.1111/2047-3095.12049
- Karlsen, R.V., Frederiksen, K., Larsen, M.B., Heymann-Horan, A.B., Appel, C.W., Christensen, J., ... Bidstrup, P.E. (2016). The impact of a breast cancer diagnosis on health-related quality of life. A prospective comparison among middle-aged to elderly women with and without breast cancer. *Acta Oncologica*, 55(6), 720-727. doi: 10.3109/0284186X.2015.1127415
- Khang, D., Rim, H., & Woo, J. (2013). The Korean version of the Body Image Scale- Reliability and validity in a sample of breast cancer patients. *Korean Neuropsychiatric Association*, 10(1), 26-33. doi: 10.4306/pi.2013.10.1.26
- King, M. (1996). The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Quality of Life Research*, 5(6), 555-567. doi: 10.1007/BF00439229
- Knock, L., Bertram, H., Eberle, A., Hollerzek, B., Schmid-Höpfer, S., Waldmann, A., ... Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors – still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the cancer survivorship – a multi-regional population-based study. *Psychooncology*, 23(5), 547-554. doi: 10.1002/pon.3452
- Kołodziejczyk, A., & Pawłowsky, T. (2019). Negative body image in breast cancer patients. *Adv Clin Exp Med*, 28(8), 1-6. doi: 10.17219/acem/103626
- Laranjeira, C.A. (2007). O percurso do “doente oncológico”: a (re) conceptualização do acto informativo. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, 60(6), 711-715. doi: 10.1590/S0034-71672007000600017

- Lehto, U.S., Ojanen, M., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, *16*(5), 805-816. doi: 10.1093/annonc/mdi146
- Lindwall, L., & Bergbom, I. (2009). The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *4*(4), 280-287. doi: 10.3109/17482620903106645
- Lôbo, S.A., Fernandes, A.F.C., Almeida, P.C., Carvalho, C.M.L., & Sawada, N.P. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm.*, *27*(6), 554-559. doi: 10.1590/1982-0194201400090
- Martins, A.M., & Silva, Y.M.P. (2002). Doenças oncológicas e representações sociais. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Dr Angelo da Fonseca*, *9*, 11-24. Recuperado de [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=47&id\\_revista=5&id\\_edicao=13](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=47&id_revista=5&id_edicao=13)
- McClelland, S. I., Holland, K. J., & Griggs, J. J. (2015). Quality of life and metastatic breast cancer: the role of body image, disease site, and time since diagnosis. *Qual Life Res*, *24*(12), 2939-43. doi: 10.1007/s11136-015-1034-3
- Michels, F.A., Latorre, R., & Maciel, S. (2013). Validity, reliability and understanding of the EORTC – C30 and EORTC – BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *16*(2), 352-363. doi: 10.1590/S1415-790X2013000200011
- Midlarsky, E., & Morin, R.T. (2017). Body image and aging. In K.L. Nadal (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender* (pp.227-230). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2000). The EORTC breast cancer specific quality of life questionnaire (EORTC-BR23): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research, 9*(2), 177-184. doi: 10.1023/A:1008918310251
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Harirchi, I., Ebrahimi, M., Khalegui, F., & Jarvandi, S. (2008). Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: as eighteen months follow-up study. *BMC Cancer, 8*(330), 1-6. doi: 10.1186/1471-2407-8-330
- Moreira, H., & Canavarro, M.C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(4), 263-270. doi: 10.1016/j.ejon.2010.04.001
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M.C. (2009). The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(2), 111-118. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.007
- Morone, G., Iosa, M., Fusco, A., Scappaticco, A., Alcuri, M.R., Saraceni, V.M., ... Paulucci, T. (2014). Effects of a multidisciplinary educational rehabilitative intervention in breast cancer survivors: the role of body image on quality of life outcomes. *The Scientific World Journal, 2014*, 1-11. doi: 10.1155/2014/451935
- Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory. *British Journal of Health Psychology, 18*, 681-686. doi:10.1111/bjhp.12072
- National Cancer Institute. (2015). *Chemotherapy to treat cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/chemotherapy>

- Nayir, T., Uskunm, G., Yürekly, M.V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R.A. (2016). Does body image affect quality of life?: A population based study. *PLoS ONE*, *11*(9), 1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0163290
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Osoba, D. (2011). Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Ther Adv Med Oncol*, *3*(2), 57–71. doi: 10.1177/1758834010395342
- Osoba, D., Aaronson, N., Zee, B., Sprangers, M., & Te Velde, A. (1997). Modification of the EORTC QLQ-C30 (version 2.0) based on content validity and reliability testing in large samples of patients with cancer. The Study Group on Quality of Life of the EORTC and the Symptom Control and Quality of Life Committees of the NCI of Canada Clinical Trials Group. *Qual Life Res.*, *6*(2), 103-108. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/14057730\\_Modification\\_of\\_the\\_EORTC\\_Q\\_LQ-C30\\_version\\_20\\_based\\_on\\_content\\_validity\\_and\\_reliability\\_testing\\_in\\_large\\_sample\\_s\\_of\\_patients\\_with\\_cancer\\_The\\_Study\\_Group\\_on\\_Quality\\_of\\_Life\\_of\\_the\\_EORTC\\_and\\_the\\_Symptom\\_](https://www.researchgate.net/publication/14057730_Modification_of_the_EORTC_Q_LQ-C30_version_20_based_on_content_validity_and_reliability_testing_in_large_sample_s_of_patients_with_cancer_The_Study_Group_on_Quality_of_Life_of_the_EORTC_and_the_Symptom_)
- Oudsten, B.L.D., Van der Steeg, A.F.W., Roukema, J.A., & Vries, J.D. (2012). Changes in body image in women with early stage breast cancer. In R. Mohan (Ed.), *Topics in cancer survivorship* (pp. 27-42). Croácia: InTech.
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *9*(1), 89-102. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a08.pdf>
- Paredes, T., Simões, M.R., Canavarro, M.C., Serra, A.V., Pereira, M., Quartilho, M.J., Rijo, D., ... Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida:

- comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 73-87. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a07.pdf>
- Patrão, I., Leal, I., & Marôco, J. (2011). Psychosocial clinical pathway of breast cancer in portuguese women: the distress, emotional control, neuroticism, social support, coping, quality of life and body image perception's changes over time. *Journal of Us-China Medical Science*, 9(1), 9-21. doi: 10.17265/1548-6648/2012.01.002
- Pereira, M.G., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M.G., & Matos, P. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M.G. Pereira & C.O Lopes (Eds.), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Prates, A.C.L., Freitas-Júnior, R., Prates, M.F.O., Veloso, M.F., & Barros, N.M. (2017). Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer. *Rev Bras Obstet*, 39, 175-183. doi: 10.1055/s-0037-1601453
- Raouf, A.M., Yacoub, S.E., Asaad, Y.A., & Al-Hadithi, T.S. (2015). Quality of life among cancer patients treated with chemotherapy or radiotherapy in Erbil city: An evolution study. *Cancer and Clinical Oncology*, 4(1), 19-27. doi: 10.5539/cco.v4n1p19
- Rosenberg, S.M., Taimimi, R.M., Gelber, S., Rudd, K.J., Kereakoglow, S., Borges, V.F., ... Partridge, A.H. (2013). Body image in recently diagnosed young women with early breast cancer. *Psychooncology*, 22(8), 1849-1855. doi: 10.1002/pon.2331
- Runowicz, C.D., Leach, C.R., Henry, N.L., Henry, K.S., Mackey, H.T., Cowens-Alvarado, R.L., ... Ganz, P.A. (2016). American Cancer Society/ American Society of Clinical

- Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA CANCER J CLIN*, 66, 43-73. doi: 10.3322/caac.21319
- Safae, A., Moghimi-Dehkordi, B., Zeighami, B., Tabatabaee, H.R., & Pourhoseingholi, M.A. (2015). Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian Journal of Cancer*, 45(3),107-111. doi: 10.4103/0019-509X.44066
- Sajadian, A., Mahsa, R., Motaharinasab, A., Kazemnejad, A., & Haghghat, S. (2017). Breast cancer coping strategies after diagnosis: A six-month follow-up. *Multidisciplinary Cancer Investigation*, 1(4), 12-16. doi: 10.21859/mci-01042
- Scott, N., Fayers, P ., Aaronson, N ., Bottomley, A ., Graeff, A., Groenvold, M., ... Sprangers, M. (2008). *EORTC QLQ-C30 Reference Values*. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer.
- Sharma, G.N., Dave, R., Sanadya, J., Sharma, P., & Sharma, K.K. (2010). Various types and management of breast cancer: an overview. *J Adv Pharm Technol Res*, 1(2), 109-126. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3255438/>
- Siyari, M. (2011). The big five personality traits: A new horizon of research in language teaching. *Iranian EFL Journal*, 7(6), 283-295. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/298787070\\_The\\_Big\\_Five\\_Personality\\_Traits\\_A\\_New\\_Horizon\\_of\\_Research\\_in\\_Language\\_Teaching](https://www.researchgate.net/publication/298787070_The_Big_Five_Personality_Traits_A_New_Horizon_of_Research_in_Language_Teaching)
- Sørli, T., Tibshirani, R., Parker, J., Hastie, T., Marron, J. S., Nobel, A., ... Botstein, D. (2003). Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. *PNAS*, 100(14), 8418-8423. doi: 10.1073/pnas.0932692100

- Spatuzzi, R., Vespa, A., Lorenzi, P., Miccinesi, G., Ricciutu, M., Cifarelli, W., ... Aieta, M. (2016). Evolution of social support, quality of life, and body image in women with breast cancer. *Breast Care*, *11*, 28-32. doi: 10.1159/000443493
- Sprangers, M.A., Groenvold, M., Arraras, J.I., Franklin, J., Te Velde, A., Muller, M., ... Aaronson, N.K. (1996). The European organization for research and treatment of cancer breast cancer – specific quality – of – life questionnaire module: first results from a three- country field study. *Journal of Clinical Oncology*, *14*(10), 2756-2768. doi: 10.1200/JCO.1996.14.10.2756
- Stephan, P. (2018). *Invasive (infiltrating) breast cancer: Types and subtypes*. Recuperado de <https://www.verywellhealth.com/invasive-infiltrating-breast-cancer-430612>
- Stokes, R., & Frederick-Renascino, C. (2003). Women's perceived body image: Relations with personal happiness. *Journal of Women and Aging*, *15*(1), 17-29. doi: 10.1300/jo74v15n01\_03
- Sun, Y., Kim, S., Heo, C.Y., Kim, D., Hwang, Y., Yom, C.K., & Kang, E. (2014). Comparison of quality of life based on surgical technique in patients with breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *44*(1), 22-27. doi: 10.1093/jjco/hyt176
- Szutowicz-Wydra, B., Wydra, J., Kruszewsky, W.J., Ciesielsky, M., Szajewsky, M., Walczak, J., & Hansdorfer-Korzon, R. (2016). Same quality of life for Polish breast cancer patients treated with mastectomy and breast reconstruction or breast-conserving therapy. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, *88*(5), 264-269. doi: 10.1515/pjs-2015-0062
- Taric, A., & Hasan, S.S. (2015). Body image and quality of life of young and middle aged married Pakistani mastectomy breast cancer patient. *FWU Journal of Social Science*,

9(2), 32-39. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/327655628\\_Body\\_image\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_of\\_Young\\_and\\_Middle\\_aged\\_Married\\_Pakistani\\_Mastectomy\\_Breast\\_Cancer\\_Patients](https://www.researchgate.net/publication/327655628_Body_image_and_Quality_of_Life_of_Young_and_Middle_aged_Married_Pakistani_Mastectomy_Breast_Cancer_Patients)

Teo, I., Reece, G.P., Chridtie, I.C., Guindani, M., Markey, M.C., Heinberg, L.J., ... Fingeret, M.C. (2016). Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction. *Psychooncology*, 25(9), 1106-1112. doi: 10.1002/pon.9352

Terreno, M. E. (2000). Expectativas do doente que recorre pela primeira vez a uma consulta de cirurgia geral no IPOFG-CRL. *Enfermagem Oncológica*, 13, 29-36.

Traore, B.M., Fakir, S.E., Charaka, H., Benaicha, N., Najdi, A., Zidouh, A., ... Nejari, C. (2018). Evolution of quality of life in patients with breast cancer during the first year of follow-up in Marroco. *BMC Cancer*, 18(109), 1-5. doi: 10.1186/s12885-018-4008-3

Türic, K.E., & Yilmaz, M. (2018). The effect on quality of life and body of mastectomy among breast cancer survivors. *Eur J Breast Health*, 14(4), 205-210. doi: 10.5152/ejbh.2018.387

Üstündağ, S., & Zencirci, A.D. (2018). Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: a questionnaire study. *Asian-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(1), 17-25. doi: 10.4103/2347-5625.152402

Van der Velde, C.D. (1985). Body image of one's self and of others: developmental and clinical significance. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 527-537. doi: 10.1176/ajp.142.5.527



- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO\\_MSA\\_MNH\\_PSF\\_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2018). *Cancer*. Recuperado de <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- You, J., Wang, C., Rodriguez, L., Wang, X., & Lu, Q. (2017). Personality, coping strategies and emotional adjustment among Chinese cancer patients of different ages. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), 1-9. doi: 10.1111/ecc.12781
- Yun, Y.H., Bae, S.H., Kang, I.O., Shin, K.H., Lee, R., Kwon, S.I., ... Lee, E.S. (2004). Cross-cultural application of the Korean version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) breast-cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23). *Supportive Care in Cancer*, 12(6), 441-445. doi: 10.1007/s00520-004-0632-3
- Zanapalioglu, Y., Atahan, K., Gür, S., Gökmez, A., & Tarcan, E. (2009). Effect of breast cancer conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of Breast Health*, 5(3), 152-1. Recuperado de <http://www.thejournalofbreasthealth.com/sayilar/16/buyuk/1751.pdf>



**ANEXOS**

---



## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A** - Pedido de autorização da escala BIS
- Anexo B** Resultado do pedido de autorização da escala Bis
- Anexo C** Pedido de autorização das escalas QLQ-C30 e QLQ-BR23
- Anexo D** Resultado do pedido de autorização das escalas QLQ-C30 e QLQ.BR23
- Anexo E** Pedido de autorização de recolha de dados nos serviços
- Anexo F** Consentimento explicativo e informado
- Anexo G** Questionário



**ANEXO A**

---

Pedido de autorização da escala BIS





## Pedido de Utilização da Escala da Imagem Corporal

Reencaminhou esta mensagem a ter, 30/10/2018 20:58



ines louro  
sex, 26/10/2018 10:30



Exma. Sr.<sup>a</sup>

O meu nome é Maria Inês da Graça Carita Louro, sou Psicóloga e encontro-me neste momento a realizar o segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa.

Estou presentemente a desenvolver um trabalho de investigação para a elaboração da tese final, a qual tem a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Túlia Rute Maia Cabrita, com o objetivo de estudar as alterações que a imagem corporal provocam na qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de cancro de mama. Neste contexto e tendo conhecimento da sua adaptação, tradução e validação da escala para a população portuguesa de Hoopwood, Fletcher, Lee e Ghazal (2001) *Body Image Scale (BIS)*, solicito a Vossa Excelência que autorize a utilização da mesma no trabalho que proponho desenvolver.

A versão da escala à qual tenho acesso remete para o seu artigo "The Portuguese version of the Body Image Scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients". Caso me autorize a utilizar a escala, gostaria de saber se houve alterações na mesma ou se considera necessário realizar alguns ajustes.

Para qualquer esclarecimento pode contactar-me através dos seguintes contactos: [ineslouro17@hotmail.com](mailto:ineslouro17@hotmail.com) ou 969181610.

Agradeço desde já a sua disponibilidade, e no caso de obter resposta positiva, comprometo-me a fornecer-lhe os resultados obtidos no meu estudo.

Com os melhores cumprimentos,  
Maria Inês Louro



**ANEXO B**

---

Resultado do pedido de autorização da escala Bis



Re: Pedido de Utilização da Escala da Imagem Corporal (BIS)

HM

qui, 08/11/2018 20:32

Você ▾

Cara Dra. Maria Inês,

Agradeço o seu contacto. Sinto-me à vontade para usar a escala.

Não houve qualquer alteração desde a publicação do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

--

CINEICC, Research group "Relationships, Development, and Health"  
University of Coimbra, Portugal





**ANEXO C**


---





Pedido de autorização das escalas QLQ-C30 e QLQ-BR23





**Fw: Request for use the QLQ-B23 Scale**

 ines louro  
sex, 26/10/2018 10:41

---

**De:** ines louro <ineslouro17@hotmail.com>  
**Enviado:** 26 de outubro de 2018 10:34  
**Para:** [REDACTED]  
**Assunto:** Request for use the QLQ-B23 Scale

Dear [REDACTED]

My name is Maria Inês da Graça Carita Louro, i have a degree on psychology and i'm currently on the last year of the master's degree in Clinical Psychology on Lusíada University of Lisbon, Portugal.

At present i am develop an investigation for my final thesis, which has the guidance of Dr.ª Túlia Rute Maia Cabrita and the main theme is the changes in quality of life provoked by the body image in women who have a diagnosis of breast cancer. In this context and having the knowledge of the translation and validation for the portuguese population done by European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) of the *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module – QLQ-BR23*, i hereby request to Your Excellency the authorization to use the same in the investigation i propose to develop.

The version of the scale to which i have access is presente in a PhD dissertation of 2013, by Dr. Francisca Rita Valério Antunes Varela Bicha Castelo of Beira Interior University, and goes by the name "O Impacto da Mastectomia na Vida Íntima das Mulheres Operadas por Cancro da Mama". If allow me to use the scale, i would like to know if there have been changes in the same or if it considers that is necessary to make some adjustments.

Thank you in advance to your availability, and in the case of get positive response, i undertake to provide you with the results in my study.

If you have any questions, please contact me through this e-mail: [ineslouro17@hotmail.com](mailto:ineslouro17@hotmail.com)

Best regards,  
Maria Inês Louro



**ANEXO D**

---

Resultado do pedido de autorização das escalas QLQ-C30 e QLQ.BR23



RE: EORTC "Request for use the QLQ-C30"

MC

qua, 07/11/2018 10:10

Você ✓

Dear Maria Ines

Thank you for your message.

We do grant permission for academic studies.

Note that in order to get access to the questionnaires as the QLQ-C30 and QLQ-BR23 you might be interested in, you have to choose the language and the questionnaires you need and fill in the request from on our website: <http://gql.eortc.org/form/#1>. Once the request has been approved by the administrator, you will receive an e-mail with a link to the questionnaires.

I confirm that the Portuguese (Brazil) and Portuguese (Portugal) version are well available for the QLQ-C30 and QLQ-BR23.

FYI, you can find the scoring manual of the QLQ-C30 in the same time you ask for the questionnaire by downloading or also here <http://gql.eortc.org/manuals/>

If you have any further questions please do not hesitate to contact me.

Kind regards,

-----Original Message-----

From: Maria Inês Louro <wordpress@eortc.org>

Sent: Friday, 26 October 2018 22:13

To: QLQC30 Download requests <qlqc30@eortc.org>

Subject: EORTC "Request for use the QLQ-C30"



**ANEXO E**

---

Pedido de autorização de recolha de dados nos serviços





### **Pedido de autorização para recolha de dados – Tese de Mestrado**

Maria Inês da Graça Carita Louro, aluna N° 11043614, a frequentar o 2º Ciclo conducente ao Grau de Mestre em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa, propõe-se desenvolver um projeto de investigação sobre a imagem corporal e qualidade de vida, em mulheres com cancro da mama, no âmbito da dissertação de mestrado, a qual será supervisionada pela Professora Doutora Túlia Cabrita. Este projeto tem como objetivo principal estudar de que forma a qualidade de vida é influenciada pela imagem corporal durante o tempo de tratamento da neoplasia.

Concomitantemente, procurar-se-á colmatar as lacunas, em termos de investigação existentes neste domínio em Portugal. Dada a vulnerabilidade destas participantes, emergem diferentes questões éticas acerca dos estudos a realizar nesta área. Tendo em conta estes aspetos, a investigação científica que será levada a cabo terá uma abordagem/metodologia quantitativa, respeitando a privacidade de cada participante, sendo de ressaltar a necessidade de comunicação com os doentes para poder aplicar o Questionário sobre Dados Sócio -Demográficos e alguns Dados Clínicos, a Escala de imagem corporal, o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30* (EORTC QLQ-C30) e o *European Organization for Research and Treatment of Cancer breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-BR23).

Será importante realçar que são garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas, sendo manifestada disponibilidade para todos os esclarecimentos considerados necessários. Se os resultados deste estudo forem publicados em artigo científico, a identidade dos participantes não será revelada.

Nesta conformidade, solicita-se a autorização de V. Exa. para efetuar contactos com pacientes oncológicos e recolher informações junto dos mesmos.

Face ao que antecede, aguarda-se o parecer de V. Exa. para a coleta de dados e realização do referido projeto, agradecendo-se desde já, a atenção dispensada, disponibilidade e compreensão, estando também ao dispor para qualquer esclarecimento adicional através dos seguintes contactos: [ineslouro17@hotmail.com](mailto:ineslouro17@hotmail.com) ou 969181610. Com os melhores cumprimentos,

Maria Inês Louro



**ANEXO F**

---

Consentimento explicativo e informado



## Consentimento Informado

**Nome do Estudo:** Qualidade de Vida da Mulher com Cancro de Mama: O Papel da Imagem Corporal

**Investigador Principal:** Maria Inês Louro

**Contacto email:** ineslouro17@hotmail.com

**Morada do local onde decorre o estudo:** [REDACTED]

## INFORMAÇÃO AO DOENTE

Está a ser convidado/a a participar num estudo que está a decorrer no [REDACTED]

Antes de decidir se quer participar, é importante que compreenda o motivo da realização deste estudo, o modo como a sua informação será utilizada, o que é que o estudo envolve e os possíveis benefícios, riscos e desconfortos. Por favor leia atentamente esta informação e coloque todas as perguntas que entender. Poderá discutir este estudo com outras pessoas, como o seu médico de família e/ou a sua família, se o desejar. Tome o tempo que precisar.

A decisão de participar ou não neste estudo não afetará de modo nenhum o direito aos cuidados médicos que lhe são prestados, presentemente ou no futuro, nesta instituição.

### QUAL É O OBJETIVO DESTES ESTUDO?

O estudo proposto enquadra-se na obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação Dirigido pela Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Gaspar da Universidade Lusíada de Lisboa, sendo assim uma dissertação orientada pela Prof. Dr.<sup>a</sup> Túlia Cabrita e apresenta como objetivo uma melhor compreensão da qualidade de vida de mulheres que estão em tratamentos de quimioterapia por cancro de mama e o papel que a imagem corporal tem na mesma qualidade de vida. Para tal, após a assinatura do presente consentimento informado, será requerido o preenchimento de um questionário

que apresenta uma parte sócio demográfica, e três escalas que permitem com análise dos dados chegar ao objetivo do estudo. Para que a validade seja testada, o estudo terá de ter mais de 100 mulheres nas condições requeridas. As informações que serão retiradas são apenas para propósito da presente investigação, totalmente confidenciais e serão analisadas por programas estatísticos, sendo que as conclusões poderão vir a ser importantes no futuro para um melhor entendimento do momento que as mulheres passam.

#### **PORQUE ESTOU A SER CONVIDADO/A A PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

Os critérios de inclusão que estão inerentes à participação deste estudo para o qual está a ser convidada residem sob ser mulher, adulta (mais de 18 anos), apresentar diagnóstico médico de cancro de mama e estar presentemente a realizar tratamento de quimioterapia.

#### **TENHO QUE PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

Terá toda a liberdade para recusar-se a participar no estudo ou retirar o seu consentimento, suspendendo a participação em qualquer momento. A participação é voluntária e a sua recusa em participar não envolverá qualquer penalização ou perda de benefícios. A recusa ou abandono não colocarão, de modo algum, em risco o direito a receber tratamento ou assistência médica, presentemente ou no futuro, nesta instituição.

#### **O QUE É QUE ENVOLVE A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?**

O preenchimento do questionário será realizado no centro de oncologia, apenas uma vez entre as datas de Dezembro de 2018 e Maio de 2019. As participantes apenas têm como obrigação a assinatura do consentimento informado e reponderem de forma honesta de modo à obtenção de respostas mais sinceras.

#### **QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

##### **Riscos**

Como riscos, o único que é possível avançar é o possível desconforto com o preenchimento de certas questões, visto que se trata de um assunto sensível e que tem um grande impacto na mulher. Todo o processo é anónimo e assim poderá existir algum conforto acrescido. Visto que se trata de apenas responder a um questionário em papel, este irá ser aplicado por profissionais de saúde.

##### **Benefícios**

Ao participar na presente investigação estará a contribuir para um estudo na área do cancro de mama que irá providenciar mais informações para que no futuro exista um

maior conhecimento da área e o desenvolvimento de futuras abordagens que sejam mais direcionadas para o bem-estar das mulheres.

#### **QUAIS SÃO OS CUSTOS POR PARTICIPAR NESTE ESTUDO?**

Não terá custos acrescidos por participar neste estudo, no entanto também não haverá qualquer remuneração por participar neste estudo.

#### **COMO SERÁ MANTIDA A MINHA CONFIDENCIALIDADE NESTE ESTUDO?**

Os registos são confidenciais e da responsabilidade dos investigadores. Os doentes serão identificados por número de série, ficando a identidade dos doentes envolvidos e os dados recolhidos apenas na posse da equipa de investigação. O nome dos doentes não será identificado em nenhum relatório ou publicação decorrente deste estudo. A informação recolhida será analisada como parte deste estudo. Esta informação poderá ser analisada por pessoas ou entidades autorizadas pelo investigador, de forma anonimizada, pela Comissão de Ética deste hospital, pelas Autoridades de Saúde, sob supervisão do seu médico, com o objetivo de confirmar a veracidade dos dados do estudo. Estes dados poderão ser comunicados a Autoridades Regulamentares. Os dados serão guardados durante o tempo exigido por lei.

#### **A QUEM DEVO COLOCAR QUESTÕES SOBRE O ESTUDO?**

A Psicóloga Investigadora poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha. Os contactos são:

E-mail: ineslouro17@hotmail.com

Telefone: 969181610

## CONSENTIMENTO INFORMADO

### Ao assinar este Documento, declaro que:

- Li a informação descrita neste documento e foi-me dado tempo para refletir na minha participação no estudo;
- Tive oportunidade de colocar questões e obtive as respetivas respostas;
- Recebi uma cópia assinada e datada deste Consentimento Informado.

Nome Completo do Participante:

\_\_\_\_\_

Data: .....

Assinatura:.....

Nome Completo do Psicólogo Investigador: Maria Inês da Graça Carita Louro

Data: .....

Assinatura: .....



---

**ANEXO G**  
Questionário





Exma. Senhora,

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, vimos desta forma solicitar a sua colaboração para o desenvolvimento de uma investigação relacionada com a neoplasia mamária. A investigação está a ser realizada pela Dra. Inês Louro sob a orientação da Prof. Doutora Túlia Cabrita e tem por objetivo caracterizar e compreender a relação entre a imagem corporal e a qualidade de vida em mulheres que se encontram sob tratamento da neoplasia mamária.

Este questionário deve ser realizado de forma voluntária, pelo que deverá sentir-se livre de aceitar ou recusar o seu preenchimento. Salientamos que será garantido o anonimato e confidencialidade de todas as informações obtidas, e que os dados recolhidos apenas se destinam aos fins académicos a que se propõem.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas solicitamos a sua sinceridade em todos os momentos do preenchimento, o questionário encontra-se em frente e verso. Deixamos a nossa total disponibilidade para todos os esclarecimentos que sejam necessários.

Maria Inês Louro: ineslouro17@hotmail.com

1. Idade: \_\_\_\_\_
  
2. Estado Civil:  
Casada  Solteira  União de Facto  Divorciada  Viúva
  
3. Tem filhos? Sim  Não   
Quantos? \_\_\_\_\_ Idades \_\_\_\_\_
  
4. Nível de Escolaridade:  
1º Ciclo  2º Ciclo  3º Ciclo  Secundário  Universitária
  
5. Qual a sua Profissão? \_\_\_\_\_  
Ativa  Desempregada  Reformada

6. Qual o subtipo de cancro de mama lhe foi diagnosticado? \_\_\_\_\_
7. Qual o estágio que lhe foi diagnosticado? Estágio I  Estágio II   
Estágio III  Estágio IV
8. Há quanto tempo lhe foi feito o diagnóstico? \_\_\_\_\_
9. Foi o primeiro diagnóstico de cancro que teve? Não  Sim
10. Já realizou cirurgia? Não  Sim   
10.1 Se Sim, qual? Conservadora  Radical   
10.2 Há quanto tempo realizou a mesma? \_\_\_\_\_
11. Quantos tratamentos já realizou? \_\_\_\_\_
12. Terapêutica já realizadas: Hormonoterapia  Radioterapia
13. Outras Doenças: Com Saúde  Sem Saúde   
Que Problema? \_\_\_\_\_

**European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire – EORTC-C30**

Fayers, P.M., Aaronson, N., Bjordal., K., Curran, D. e Groevold, M. (1999).  
Versão portuguesa de EORTC.

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesma, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso.

	Não	Um Pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma grande distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um pequeno passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4

15.Vomitou?	1	2	3	4
16.Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17.Teve diarreia?	1	2	3	4
18.Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19.As dores perturbaram as suas atividades diárias?	1	2	3	4
20.Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21.Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22.Teve preocupações?	1	2	3	4
23.Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24.Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25.Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26.O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade familiar?	1	2	3	4
27.O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua atividade social?	1	2	3	4
28.O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

**Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do numero, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso**

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

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

**Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module – QLQ-BR23**

Fayers, P.M., Aaronson, N., Bjordal., K., Curran, D. e Groevold, M. (1999),  
versão portuguesa de EORTC

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

<b>Durante a semana passada:</b>	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença ou tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
<b>Durante as últimas quatro semanas:</b>	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4

5

45. Até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente ativa: até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana:</b>	<b>Não</b>	<b>Um Pouco</b>	<b>bastante</b>	<b>Muito</b>
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afetada?	1	2	3	4
51. A área da mama afetada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afetada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4



### Escala de Imagem Corporal (BIS)

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. e Al Ghazal, S. (2001) versão portuguesa de  
Moreira, H., Silva, S., Marques, A. e Canavarro, M.C (2010)

Nesta escala são colocadas questões sobre o modo como se vê a si mesma. Indique o seu grau de concordância ou discordância em relação a cada uma das frases apresentadas:

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tem-se sentido constrangido(a) ou inibido(a) com a sua aparência?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 2. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 3. Tem-se sentido insatisfeito(a) com a sua aparência quando está vestido(a)?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 4. Tem-se sentido menos masculino/feminino por causa da doença ou tratamento?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 5. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nu(a)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 6. Tem-se sentido menos atraente sexualmente como resultado da sua doença ou tratamento?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 7. Evitou encontrar-se com pessoas devido à forma como se sentia em relação à sua aparência? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 8. Tem sentido que o tratamento deixou o seu corpo “menos completo”?                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 9. Sentiu-se insatisfeito(a) com o seu corpo?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |
| 10. Tem-se sentido insatisfeito(a) com a aparência da sua cicatriz? (se aplicável)           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|  | Nada                  | Um Pouco              | Moderadamente         | Muito                 |

Grata pela sua participação,

Maria Inês Louro

Por favor revise se respondeu a tudo

7