

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À
MASTECTOMIA TOTAL E PARCIAL EM SERGIPE.**

KARLA KARINE LIMA SANTOS

ARACAJU
Novembro – 2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À
MASTECTOMIA TOTAL E PARCIAL EM SERGIPE.**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração em Saúde e Ambiente.

KARLA KARINE LIMA SANTOS

ORIENTADORES: Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc

Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior, D.Sc

ARACAJU
Novembro – 2009

O AUTOR PERMITE A REPRODUÇÃO DE CÓPIAS OU PARTES DESTA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SOMENTE PARA PROPÓSITOS ACADÊMICOS E CIENTÍFICOS DESDE QUE A FONTE SEJA CITADA.

S237q Santos, Karla Karine Lima.

Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia total e parcial em Sergipe. / Karla Karine Lima santos, Orientadores [de] Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Junior – Aracajú, 2009.

44 p.: il.

Dissertação de Mestrado em Saúde e Ambiente - Universidade Tiradentes – 2009.

1. Qualidade de vida 2. Câncer de mama 3. Mastectomia 4. Quimioterapia I. Oliveira, Cristiane Costa da Cunha Oliveira (orient.). II. Albuquerque Junior, Ricardo Luiz de. III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 618.19-006

**QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA TOTAL E
PARCIAL EM SERGIPE**

KARLA KARINE LIMA SANTOS

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E
AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E
AMBIENTE.

Aprovada por:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.Sc
Orientadora

Ricardo Luiz Cavalcanti Albuquerque Júnior, D.Sc.
Orientador

Almira Alves dos Santos, D. Sc.
Titular

Sonia Oliveira Lima, D. Sc.
Titular

Suzane Rodrigues Jacinto Gonçalves, D. Sc.
Suplente

Marlizete Maldonado Vargas, D. Sc.
Suplente

ARACAJU
Novembro– 2009

Dedico este trabalho a todas as mulheres que de uma maneira muito carinhosa, paciente e anônima aceitaram o convite em participar deste estudo, nos permitindo conhecer um pouco sobre viver durante o câncer de mama, travando assim, uma luta a cada dia.

Muito Obrigada.

AGRADECIMENTOS

Esse sem dúvida é o “**meu momento**” particular de agradecer a conclusão deste trabalho;

Primeiramente a **Deus** (minha fortaleza) que atendeu ao meu pedido de passar no MESTRADO, me possibilitando assim realizar o meu maior sonho profissional ser: “**professora universitária**”, e que me permite **VIVER** com saúde intensamente cada dia.

Aos meus guias “**espirituais**” pelas boas intuições e energias positivas;

Aos meus amados pais **Lindinalva (Linda) e Givaldo (Giva)**. A vocês dedico com muita emoção e de uma maneira única “essa conquista”. Agradeço todo apoio aos meus estudos e a orientação de como ser simples e humilde na minha preciosa VIDA. Principalmente por terem aceitado minha decisão em abandonar a profissão de **Biomédica** para me dedicar à **docência**, vocês não imaginam como foi importante terem acreditado que: __ “*Eu nasci para ser professora*”. Muito OBRIGADA pelo AMOR e contribuição para eu ser uma pessoa íntegra e verdadeira. Não tenham dúvidas, metade de minha essência é você (**mainha**) e a outra metade é você (**painho**);

As minhas amadas irmãs: **Patrycia Augusta, Tereza Raquel e Márcia Arele** (Marcinha, minha filha espiritual). Nascemos predestinadas a sermos do jeitinho que somos uma com a outra, desde nossa tão bem vivida e saudável infância: AMIGAS, COMPANHEIRAS e CÚMPLICES. O amor que sinto por vocês é **INCONDICIONAL**;

A “prima querida” **Rita de Cássia**, uma pessoa ímpar em vários aspectos e principalmente por ter conseguido sair vitoriosa, ao passar pela mesma experiência que as mulheres desta pesquisa, VC É UMA GUERREIRA. Obrigada pelo incentivo constante e por suas palavras de carinho e conforto “num momento particular” na conclusão deste trabalho, AMO VOCÊ priminha;

A minha saudosa **vovó Albertina** (in memorian) pelos preciosos ensinamentos, você é minha estrela guia;

A **Carmelita Lima Santos** nossa secretária “governanta” há 14 anos, sempre na torcida de nossas conquistas;

A **Zaffy Marley** um companheiro espiritualmente querido, que me escolheu para ser a “mãe” dele, obrigada “menininho”, pela companhia nas horas de estudo no meu quarto, enquanto escrevia;

A você “**Fernando**” (um amor especial e amigo) apresentado a mim por Deus, num momento de fragilidade emocional, e que de sua maneira particular, me deu incentivo e apoio para concluir esse árduo trabalho. Obrigada “**de coração**”. Saudade;

A querida, Rosa Margarida (**Rosita**) que com seu jeito alegre e muito engraçado, me deu forças através de sua espiritualidade com palavras de carinho importantes e no momento certo;

Especialmente a Clínica de Medicina Nuclear Endocrinologia e Diabetes – **CLIMEDI** representada por **Drº João Macedo e D. Gilza**, agradeço a oportunidade que me deram de realizar minhas pesquisas desde a graduação até o sonhado mestrado, assim como aos amigos da Cardiologia e Medicina Nuclear pela ajuda na seleção das pacientes e por todo **carinho**.

A **Drª Tereza Neuma Schneider** uma “mãe espiritual” que sempre me deu força em todos os sentidos e me incentivou a seguir adiante com o mestrado;

Aos colegas do mestrado pela troca de experiências e interdisciplinaridade;

Aos meus **queridos alunos**. Quanto mais eu tento passar um pouco de conhecimento, mais eu aprendo “com vocês”. E como eu sempre digo: __ a sala de aula é a minha verdadeira terapia;

A minha orientadora **Cristiane Cunha** pela colaboração, dedicação, tranquilidade, profissionalismo, amizade e apoio desde a execução do projeto inicial para concorrer ao mestrado e principalmente por toda paciência na etapa final da análise estatística (sofremos juntas) obrigada por acreditar que eu conseguiria concluir este trabalho. “**NÓS Conseguimos CRIS**”;

Ao meu também orientador **Ricardo Albuquerque**, por me fazer entender à magnitude desta pesquisa e que em muito se assemelha à minha personalidade, por sermos tão práticos, decididos e críticos, tenha certeza que esses foram os fatores primordiais para nossa parceria acadêmica ter dado certo, obrigada;

A Solange Alves (professora da graduação), Mirani Andrade (amiga de faculdade), Silvânia e Samantha (alunas), tia Ana Torres (amiga especial) e minha querida vovó Terezinha, MULHERES especiais que também viveram a experiência descrita nesta pesquisa e por contribuírem de uma maneira carinhosa. Vocês também são **GUERREIRAS**;

As amigas especiais que sempre torceram por mim durante o mestrado: Adriane Conte, Márcia Melo e Ilana Torres (amigas-irmãs), Maria José (Mary Jo), Valéria (borboleta), Marcela Kely e a você Jussimara “jujuba” (amiga de faculdade) que mesmo distante me convenceu a fazer um MESTRADO quando fui visitá-la em São Paulo. Adoro vocês de coração;

E por fim, aos meus queridos e maravilhosos **amigos especiais** de mestrado por quem tenho um carinho e admiração enorme **Marion, Mônica e Wendel “Batman”**, sem vocês o mestrado não teria tido graciosidade, juntos formamos o verdadeiro “quarteto fantástico”. **VENCEMOS!!!**

Muito Obrigada

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CAPÍTULO I - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	3
2.1 Referência Bibliográfica.....	14
3. CAPÍTULO II - ASPECTOS ENVOLVIDOS NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA TOTAL E PARCIAL	20
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
5. CAPÍTULO III CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6. ANEXOS.....	35
A - EORTC QLQ-C30.....	36
B - EORTC QLQ-BR23.....	38
C - Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa.....	40
7. APÊNDICE.....	42
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA TOTAL E PARCIAL EM SERGIPE.

Karla Karine Lima Santos

Muitas mulheres com o diagnóstico de câncer de mama se deparam com conflitos pessoais relacionados de forma direta à sua qualidade de vida (QV). O câncer de mama causa alterações físicas, sociais, econômicas, sexuais e emocionais na vida dessas mulheres. Diante desses fatos o objetivo desta pesquisa é caracterizar as repercussões na QV de 99 mulheres com idade média entre 30 à 65 anos que foram submetidas à mastectomia total e mastectomia parcial. Nesse estudo de caráter transversal foram aplicados às mulheres participantes dois formulários para mensuração da qualidade de vida referenciados na literatura e validados pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC), composto de um instrumento genérico para câncer (EORTC QLQ-C30) e um módulo específico para mulheres com câncer de mama *Breast Cancer Module* (QLQ-BR23) a fim de identificar os problemas mais comuns e significativos relacionados à QV decorrente do tratamento cirúrgico. A amostra foi estratificada em três grupos de acordo com a idade no momento da entrevista, tipo de cirurgia e uso de terapia sistêmica (quimioterapia). Para comparação entre os grupos foi utilizado o teste de Mann Whitney considerando o nível de significância de 95% ($p < 0,05$). A média do estado de saúde global apresentou bons escores para todas as variáveis analisadas. Os resultados apontaram diferença significativa para os domínios função física ($p=0,011$), fadiga ($p=0,023$), náusea e vômito ($p=0,048$), dor ($p=0,044$), constipação ($p=0,026$), imagem corporal ($p=0,004$), função sexual ($p=0,000$), prazer sexual ($p=0,000$), sintomas mama ($p=0,036$) e no braço ($p=0,029$) nas mulheres avaliadas segundo à idade. Em relação à avaliação para o tipo de cirurgia as mulheres apresentaram diferença significativa para os domínios náusea e vômito ($p=0,025$), dispnéia ($p=0,001$), imagem corporal ($p=0,000$) e perspectivas futuras ($p=0,027$). As mulheres submetidas à terapia sistêmica (quimioterapia) apresentaram diferença significativa apenas para os domínios efeitos colaterais da terapia ($p=0,020$) e preocupação com queda de cabelo ($p=0,000$). Conclui-se que à idade, o tipo de cirurgia e a quimioterapia podem causar alguns conflitos de ordem física ou psicológica na vida de cada mulher com câncer de mama, sendo que a quimioterapia é um dos tratamentos que mais apresenta efeitos negativos para a mulher.

Palavras-chaves: Câncer de mama, Qualidade de vida, Mastectomia

QUALITY OF LIFE OF WOMEN SUBMITTED TO TOTAL AND PARTIAL MASTECTOMY IN SERGIPE.

Karla Karine Lima Santos

Many women diagnosed with breast cancer are faced with personal conflicts related directly to their quality of life (QOL). Breast cancer causes physical changes, social, economic, sexual and emotional life of these women. Given these facts the aim of this research is to characterize the effects on QOL in 99 women with an average age between 30 to 65 years who underwent total mastectomy and partial mastectomy. In this cross-sectional study were applied to women participating in two forms to measure the quality of life reported in the literature and validated by the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC), composed of a generic tool for cancer (EORTC QLQ -C30) and a specific module for women with breast cancer Breast Cancer Module (QLQ-BR23) to identify common issues and significant related QOL from surgical therapy. The sample was stratified into three groups according to age at interview, type of surgery and use of systemic therapy (chemotherapy). For comparison between groups used the Mann Whitney test with the level of significance of 95% ($p < 0.05$). The average overall health had good scores for all variables. The results showed significant differences for the domains physical function ($p = 0.011$), fatigue ($p = 0.023$), nausea and vomiting ($p = 0.048$), pain ($p = 0.044$), constipation ($p = 0.026$), body image ($p = 0.004$), sexual function ($p = 0.000$), sexual pleasure ($p = 0.000$), breast symptoms ($p = 0.036$) and arm ($p = 0.029$) in women evaluated according to age. Regarding the assessment for the type of surgery the women had a significant difference for the areas nausea and vomiting ($p = 0.025$), dyspnea ($p = 0.001$), body image ($p = 0.000$) and future ($p = 0.027$). Women undergoing systemic therapy (chemotherapy) showed significant difference only for the domains side effects of therapy ($p = 0.020$) and preoccupation with hair loss ($p = 0.000$). We conclude that the age, type of surgery and chemotherapy may cause some conflict to physical or psychological life of every woman with breast cancer, and chemotherapy is a treatment that has more negative effects for women.

Key- words: Breast cancer, Quality of life, Mastectomy

INTRODUÇÃO GERAL

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos nesse gênero a cada ano. Sendo considerada uma das principais causas de mortalidade, sua incidência teve um aumento contínuo na última década. Nos países do ocidente é uma das principais causas de morte em mulheres, e estatísticas revelam um alto índice tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. No Brasil em 2008 eram esperados, 49.400 novos casos para cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2007; MACHADO; SAWADA, 2008), enquanto que em Sergipe foi estimado um número de 42,91/100.000 mulheres (INAGAKI et al., 2008).

Entre as neoplasias malignas, o câncer de mama é considerado a doença mais temida pelas mulheres devido à gravidade, mutilação e evolução inesperada, que muitas vezes provoca efeitos psicológicos que afetam a percepção da auto-imagem e da sexualidade. Para as mulheres as mamas representam a principal essência feminina por está relacionada com a maternidade, a sexualidade, ao erotismo, a amamentação e como zona erógena é tão importante quanto à zona genital (LOTTI, 2007; COSTA, 2002). A possibilidade de perda da mama também compromete o desenvolvimento psíquico-social e interfere de forma significativa nas relações de caráter pessoal e profissional. Além disso, promove um profundo impacto emocional e social nas mulheres e suas famílias (BERGAMASCO, 2001; FERNANDES; ARAÚJO, 2005; MAKLUF, 2006).

O tratamento do câncer de mama envolve etapas cirúrgicas, complementação quimoterápica e acompanhamento psico-social (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001). No entanto, a intervenção cirúrgica, representada por mastectomia, parece constituir a etapa de maior impacto sobre a mulher, já que determina a necessidade de retirada completa (mastectomia total) ou parcial (mastectomia parcial ou quadrantectomia) da mama (VELOSO, 2001; PIATO, 2004).

Um dos recursos mais importante para avaliar resultados do tratamento de mulheres com câncer de mama é a mensuração da qualidade de vida (QV). Alguns autores consideram que a QV é uma percepção humana que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, social, ambiental e a estética existencial, envolvendo diversos significados que cogitam em conhecimentos, experiências e valores de indivíduos que se reproduzem em diferentes épocas (SAWADA, 2008; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Assim, o conceito de QV passou a ser considerado de extrema importância nos últimos tempos, pois a avaliação da eficácia do

tratamento do câncer não pode ser determinada somente pela expectativa do tempo livre da doença ou sobrevida (BERGAMASCO, 2001).

As escalas para avaliação da QV podem ser genéricas ou específicas para uma determinada classe (MAKLUF, 2006). Os instrumentos genéricos podem ser divididos em perfis de saúde e medidas de preferência. Os perfis de saúde foram desenvolvidos para serem aplicados em todos os grupos de pessoas com problemas de saúde. Os instrumentos específicos apresentam vantagens por conter itens relevantes (sintomas, problemas, efeitos colaterais) de um processo patológico ou terapia específica (AARONSON, 1993; KING, 2000).

Para avaliar a QV a análise pode ser realizada quantitativa ou qualitativamente. No caso de uma avaliação de caráter quantitativo são utilizados instrumentos com questões que podem gerar índices ou escores. Na avaliação de caráter qualitativo os instrumentos são abertos ou realizados através de entrevistas semi-estruturadas (KING, 2000).

A importância deste estudo está na relevância da aplicação de seus resultados no norteamiento de estratégias de ação e políticas públicas de saúde adequadas às mulheres mastectomizadas contribuindo para potencializar sua qualidade de vida (QV).

Nesse sentido o objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas à mastectomia total ou parcial, as mudanças ocorridas após o processo cirúrgico e demais tratamentos envolvidos.

O presente estudo está dividido em capítulos. O primeiro corresponde à revisão bibliográfica, apresentando um levantamento de trabalhos sobre o tema, respaldando a pesquisa. O segundo apresenta um artigo intitulado "Aspectos envolvidos na qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia total e parcial". As considerações finais estão expressas no final do último capítulo da dissertação.

CAPITULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CÂNCER DE MAMA

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde o câncer de mama representa a terceira causa responsável pela elevada taxa de mortalidade em mulheres no país, principalmente nas regiões sul (67/100.00) e sudeste (68/100.000) seguida da região Centro-Oeste (38/1000.000), região Nordeste (28/100.000) e região Norte onde o câncer de mama é o segundo tumor mais incidente (16/100.000). Isso indica uma mudança no perfil de mortalidade, em que as neoplasias malignas, comparadas às doenças infecto-contagiosas, que causavam muitas mortes até a década de 80, apresentam uma alta incidência entre a população brasileira (BRASIL,2007).

De acordo com estudos epidemiológicos os fatores ambientais são responsáveis por, pelo menos, 80% da incidência do câncer de mama, fatores genéticos representam 5% a 7%. No entanto, quando a doença se apresenta antes dos 35 anos, esta frequência chega a 25% (BRASIL, 2007). A neoplasia maligna da mama é uma das causas mais habituais em mulheres com faixa etária dos 35 anos a 75 anos, nos Estados Unidos da América e nos países industrializados da Europa (GANZ et al.,1992; RODRIGUEZ; SANCHEZ, 1995; FIGUEIREDO et al., 2001).

Enfermidade resultante de multiplicações desordenadas em grande velocidade de determinados grupos celulares, desencadeando o surgimento de neoplasias malignas que acomete estruturas mamárias, com possibilidade de comprometer a rede linfática proximal e afetar tecidos vizinhos provocando metástase à distância (DUARTE; ANDRADE, 2003, JESUS; LOPES, 2003). Essa doença é considerada um tipo de neoplasia curável, se descoberta precocemente, embora apareça associada à morte iminente (JESUS; LOPES, 2003). Aparece sob a forma de nódulos, existindo a possibilidade de ser identificada por meio da prática do auto-exame pelas próprias mulheres (GOMES, 1997).

Weiherrmann (2000) explica que o câncer de mama para a mulher estaria associado a “imagem” de vergonha, destruição e desestruturação orgânica, tornando-a a única responsável pelo seu próprio sofrimento, o que se agrava com a mutilação da mama, um dos símbolos da identidade feminina. Além desencadear ansiedades, depressões, medos e distúrbios do autoconhecimento como auto-estima e imagem corporal (CUNHA, 2004).

O câncer de mama é a forma mais comum de neoplasia maligna, pertence ao grupo das doenças que mais afetam a mulher, deixando-as bastante fragilizadas,

podendo também ocorrer em homens. A hipótese diagnóstica associada à confirmação da doença e da sua terapia influencia diretamente na qualidade de vida do indivíduo (GOMES, 2002; MACHADO; SAWADA, 2008).

Diante desta situação é necessário que os profissionais de saúde envolvidos nesse processo, tenham um entendimento da dimensão psicológica, uma compreensão sócio-antropológica do contexto e da situação social que se encontra o sujeito da doença, para que possa lidar com essa problemática. (GOMES, 2002).

Sotang (1994) afirmou que a sociedade ao longo da história construiu e partilhou de várias metáforas a respeito do câncer de mama, contribuindo para que essa enfermidade seja vista como uma sentença ruim. As representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, contagiosa, estigmatizada e degradante, que consome o indivíduo aos poucos, considerado muitas vezes, um “castigo de Deus”.

2.2 FATORES DE RISCO

As diversas situações que aumentam a chance de uma mulher desenvolver câncer de mama estão relacionadas aos fatores de risco. A história pessoal ou familiar de câncer de mama constitui o fator de risco mais importante, principalmente se o câncer ocorreu em parentes de primeiro grau mãe e/ou irmã (BRASIL, 2007). Esse risco pode aumentar duas vezes se a mãe foi acometida pelo câncer de mama antes dos 60 anos; quatro a seis vezes se o câncer de mama ocorre em dois parentes de primeiro grau (SMELTEZER; BARE, 2000).

Outros fatores de risco são os reprodutivos como: menarca (primeira menstruação antes dos 12 anos), menopausa precoce e tardia (menstruação após 55 anos) (SMELTEZER; BARE, 2000). Para Fauci et al, (1998) ocorre redução de 35% para o risco de se desenvolver o câncer de mama após a menopausa, caso essa se estabeleça antes dos 52 anos, idade considerada mediana de forma natural ou induzida cirurgicamente.

Cita-se ainda como fatores de risco reprodutivos a nuliparidade, idade do primeiro parto após 30 anos, sendo que as mulheres que tem seu primeiro filho após essa idade apresentam o dobro de risco de desenvolver câncer de mama que as mulheres que tiveram seu primeiro filho antes dos 20 anos (SMELTEZER; BARE, 2000; VELOSO, 2001; BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; BRASIL, 2007).

Alguns fatores poderiam ser evitados, visando uma provável redução se existisse um melhor conhecimento através de políticas públicas de educação em saúde como a obesidade principalmente em mulheres pós-menopausa ou após 60 anos. Fatores ambientais como a exposição à radiação ionizante antes dos 35 anos

sendo provável que as mulheres expostas a esse risco, antes dos 30 anos apresentam maior chance de desenvolvê-lo, em relação aquelas após essa idade, parecendo ter efeito carcinogênico reduzido sobre a mama. A ingestão regular de álcool, mesmo que de forma moderada e tabagismo também são tidos como fatores de risco (VELOSO, 2001, BEREK, 2005).

Ainda continua em estudo a associação do câncer de mama ao uso de contraceptivos orais com dosagens elevadas de estrogênio ou por um longo período de tempo, assim como a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) no climatério. (VELOSO, 2001; BEREK, 2005; BRASIL, 2008).

2.3 IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer de mama é visto como uma ameaça para a mulher e sua família em vários níveis de suas vidas. Ao se deparar com tal situação, o convívio familiar é alterado por ocasião da doença e vários medos começam a fazer parte direta e indiretamente do cotidiano das pessoas envolvidas no processo. A mulher e sua família se deparam com emoções como medo, raiva, angústia e ansiedade além de comprometimento nas habilidades sociais, funcionais e vocacionais (DUARTE; ANDRADE, 2003; ALMEIDA, 2007).

A sociedade atual tem estabelecido uma variedade de padrões de beleza rigorosos, os quais as mulheres lutam para alcançá-los. Ao serem acometidas pelo câncer de mama, sofrem, portanto, um forte impacto diante do diagnóstico, necessitando enfrentar mudanças corporais, que as impossibilitam alcançar o corpo tão desejado (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2006).

As mamas desempenham um importante papel anatômico e fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino, desde a puberdade à idade adulta, representando em nossa cultura, um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade, expressas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade. O câncer de mama é visto como um prognóstico de morte, pela maior parte das mulheres acometidas por essa doença, apesar dos progressos da medicina em relação aos métodos diagnósticos e tratamento (KOVÁSCS; AMORIM; SGORLON, 1998; BOFF, 1999).

A principal preocupação da mulher e sua família após receber o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência. Em seguida, a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo, além de mutilação e desfiguração (GIMENES; QUEIROZ, 1997).

O diagnóstico de câncer de mama é gerador de um estresse emocional intenso na vida da mulher, fato que se amplia aliado à mastectomia, que poderá ser tão dolorosa e agressiva como a doença em si (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2003). Tais pressupostos são confirmados em outro estudo de Fernandes e Mamede (1999) quando ressaltam à mastectomia como um trauma físico, emocional e social.

O diagnóstico precoce do câncer de mama pode minimizar os efeitos da doença, possibilitando o aumento de cura e sobrevida das mulheres (CUNHA, 2004). A suspeita do câncer de mama gera alguns conflitos para mulher, como a procura por serviços de mastologia para a confirmação da doença, medo da mutilação, estigmas e tabus que envolvem o câncer, como uma doença sem cura (BARRETO et al., 2008).

Alguns casos de câncer de mama são diagnosticados em estádios invasivos, o que compromete a qualidade da sobrevida das mulheres. Se diagnosticado em estágio inicial com a sobrevida em média de cinco anos, há uma diminuição dos custos e melhora da qualidade de vida (GÓES; GÓES, 1994). Dados da literatura nacional sobre neoplasia maligna da mama revelam que para obtenção de um bom prognóstico, a detecção deve ser feita precocemente, quando o tumor apresenta em média de um a três centímetros o que facilitará a terapia, que em muitos casos se torna menos dolorosa e traumática para a mulher (LOPES et al., 1996; JESUS; LOPES, 2003).

2.4 TRATAMENTO

A história sobre o tratamento do câncer de mama é antiga, sendo datada no Egito aproximadamente no ano 2500 a.C, em um papiro, que descrevia e prescrevia casos de diversas doenças com o seguinte registro: “uma mama com tumor protuberante e fria ao toque representa uma doença para qual não há tratamento” (DIAS, 1994). Hipócrates em 460 a.C dedicou parte de seus estudos ao câncer de mama, considerando-o também como uma doença sem cura e tratamento (DONEGAN, 1995).

A primeira intervenção cirúrgica para o câncer de mama foi realizada no século I d.C pelo médico grego Leonidas. O enciclopedista romano Aurelius Cornelius Celsus no mesmo século, afirmou que a cirurgia era inútil, quando a doença encontrava-se em estágio ulcerativo. No século II Galeno, que era considerado o maior médico grego depois de Hipócrates, afirmava ser possível a cura do câncer de mama através da cirurgia, desde que o tumor tivesse localização superficial e todas as raízes fossem extirpadas (DIAS 1994; DONEGAN, 1995).

No século XVIII, novas técnicas cirúrgicas foram descritas e trouxeram contribuições importantes, como ligadura de vasos e a criação de instrumentos cirúrgicos específicos para a cirurgia da mama. A anatomia patológica teve um grande avanço, quando um tumor de mama foi visto pela primeira vez ao microscópio e estudos pioneiros foram publicados, gerando aperfeiçoamento de procedimentos cirúrgicos baseados em conhecimentos anatômicos mais precisos (DIAS, 1994; DONEGAN, 1995).

Em 1889 foi descrita a técnica de mastectomia radical, pelo cirurgião americano William Stewart Halsted (Baltimore), que permaneceu como padrão de tratamento de câncer de mama por mais de 70 anos (DIAS, 1994; DONEGAN, 1995). No século seguinte (década de 20), a radioterapia é introduzida no período pós-operatório da mastectomia radical e em 1898, ocorre o isolamento do primeiro agente alquilante por Paul Erlich considerado o pai da quimioterapia (DIAS, 1994; DONEGAN, 1995; VERONESI et al., 1992).

A primeira biópsia de congelação foi realizada ainda no ano de 1895, pelo patologista americano William Weld Vicenz Czerny que realizou a primeira reconstrução mamária. No ano seguinte é descrita por Tansini, da Universidade de Pádua (Itália) a primeira tentativa de reconstrução da parede torácica anterior após a mastectomia (VERONESI, 1992). No início do século XX, várias modificações das técnicas cirúrgicas ocorreriam, iniciando-se a colocação de prótese de silicone (DIAS, 1994; DONEGAN, 1995; VERONESI et al., 1992).

O tratamento cirúrgico adotado para câncer de mama é a sua remoção, compreendendo operações não-conservadoras e conservadoras da mama (COUCEIRO; MENEZES; VALÊNÇA, 2009). As intervenções cirúrgicas não-conservadoras são: mastectomia total ou simples, (retirada da mama inteira com pele e complexo aréolo-papilar); mastectomia subcutânea ou adenomastectomia (retirada da glândula mamária, preservando-se pele e complexo aréolo-papilar) e mastectomia radical (retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) com linfadenectomia axilar). Esta atualmente foi modificada com preservação dos músculos peitorais, mantendo a linfadenectomia axilar. As conservadoras são: mastectomia parcial ou quadrantectomia/setorectomia (retirada do tumor primário com margens livres) e a tumorectomia ou lumpectomia (retirada unicamente do tumor). A conduta cirúrgica a ser adotada dependerá de uma análise seletiva de acordo com as várias graduações do desenvolvimento tumoral (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; VELOSO, 2001; PIATO, 2004).

O diagnóstico precoce e o entendimento do comportamento biológico do tumor maligno da mama permitem a realização de cirurgias menos mutiladoras. O tratamento

conservador apresenta uma incidência maior que 70% das operações realizadas para câncer de mama. A quadrantectomia é a intervenção mais praticada e em alguns casos é necessária a realização de linfadectomia axilar, realizando uma segunda incisão na região axilar, com biópsia do linfonodo sentinela (técnica menos invasiva) e a radioterapia intra-operatória associada (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; LUINI et al., 2005).

Diante destes procedimentos, apenas as mulheres que tiveram a biópsia positiva, serão submetidas à linfadectomia axilar, fato que poderá contribuir com a possibilidade de uma melhoria da QV, sendo necessárias ainda algumas considerações para a prática ser considerada como consenso (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001; LUINI et al., 2005; CONDE et al., 2006).

Para Lucas (1994) o fato do câncer de mama ser uma doença sistêmica a indicação da quimioterapia antineoplásica tem aumentado, visando assim diminuir as possibilidades de metástases, independente do comprometimento dos linfonodos axilares e em alguns casos se identificados precocemente levar à cura do paciente. A possibilidade da sobrevida livre e da sobrevida global tornou-se mais potencial com a associação da quimioterapia (que controla ou elimina micrometástases) ao tratamento cirúrgico, tornando questionável a QV pelo fato das drogas causarem efeitos colaterais graves como náuseas, vômitos e disfunção cognitiva, afetando as dimensões físicas e psicológicas da mulher (CONDE et al., 2006; LOTTI et al., 2008).

2.5 QUALIDADE DE VIDA

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) qualidade de vida é definida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Na avaliação da QV de uma pessoa considerada saudável a saúde pode não ser um fator decisivo, pela possibilidade do indivíduo apresentar um estado de saúde comprometido por uma doença em fase aguda e/ou crônica, no entanto essa avaliação poderá contribuir de forma determinante para a QV. Sendo assim, estudos sobre avaliação da QV em medicina referem-se à qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) (SPILKER, 1996).

A QV está inserida como característica mais relevante no conceito de promoção em saúde, apoiada na compreensão das necessidades humanas de caráter fundamental, material e espiritual (MYNAIO; HARTZ; BUSS, 2000). As definições sobre QVRS e estado subjetivo de saúde são centradas na avaliação do paciente com

relação ao impacto do estado de saúde e sobre a possibilidade do indivíduo viver plenamente (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Dessa forma as mudanças ocorridas ao longo do tempo como percepções, crenças, sentimentos e expectativas individuais variam de acordo com as mudanças ocorridas com a pessoa e com o que está à sua volta envolvendo as dimensões física, social e psicológica, interligadas entre si (MICELLI, 2006; LINARDI; SILVA; MENDONÇA, 2008).

As dimensões da vida diretamente relacionadas à saúde são associadas a outras dimensões como: a intervenção social, as relações econômicas, culturais, políticas e espirituais, incorporando fatores que impactam a vida individual e fatores que impactam a vida coletiva sendo assim, consideradas “qualidade de vida global”. Como muitos destes fatores coletivos, fogem da finalidade da saúde, na maioria das vezes o modelo QVRS é adequado e suficiente para estudos em saúde (CAMPOLINA; CICONELLI; FERRAZ, 2006).

A compreensão dos significados do câncer de mama como doença, sugere uma promoção em saúde que invista na desconstrução das representações sociais, que essa enfermidade traz para a mulher, buscando possibilitar a aceitação da doença como algo possível de controle e que lhe assegure uma melhor QV (GOMES, 2002). A inclusão da QV na prática clínica pode está sendo limitada por algumas dificuldades encontradas pelas equipes de saúde, sobre as diversas possibilidades de investigá-la devido à ausência de informações (SEILD; ZANNON, 2004).

O interesse de várias áreas pelo conceito de QV decorre dos novos paradigmas que tem influenciado as políticas e práticas de saúde nos últimos anos. Desta forma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados para o setor de saúde nos campos de prevenção de doenças e promoção em saúde (BERSON, 1998; DI MAIO; PERRONE, 2003; GOODWIN et al., 2003; ENGEL et al., 2004; SEIDL; ZANNON, 2004).

2.6 QUALIDADE DE VIDA E CÂNCER DE MAMA

Os efeitos do câncer de mama na mulher como o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, da quimioterapia, incerteza quanto ao futuro e outros têm gerado preocupação nos diversos profissionais de saúde envolvidos com a QV dessas mulheres tornando a melhoria dessa qualidade um desafio tanto para esses profissionais como para a própria mulher (ALMEIDA et al., 2001; DUARTE; ANDRADE, 2003).

O impacto causado na vida das mulheres, devido à descoberta do diagnóstico de câncer de mama, a terapia proposta, as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais são provocadas mais por problemas psicológicos do que físicos, alterando o estado de saúde global (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006). Alguns estudos nacionais pesquisaram a relação entre câncer de mama e QV, constatando que as mulheres apresentam sintomas de depressão e ansiedade durante e após o tratamento, sendo a depressão uma manifestação freqüente que resulta no desequilíbrio dos aspectos físico e psicológico da mulher (FIALHO; SILVA, 1993, PACHECO; SILVEIRA, 1996).

A avaliação da qualidade de vida apresenta-se bem documentada na literatura, em consequência do crescimento do número de estudos com resultados avaliados para câncer de mama. A oncologia é de maneira geral a especialidade que se deparou, com necessidades de se avaliar a QV de seus pacientes (MOSCONI et al., 2001; GANZ, 2000).

A idade, escolaridade e estado civil são fatores que podem alterar a QV (KING et al., 2000). Alguns estudos identificaram uma interação entre o tipo de cirurgia e estado civil, as mulheres idosas relatam melhor escore de QV após serem submetidas à mastectomia, do que as mais jovens (HAES et al., 2003; ENGEL et al., 2004). De modo geral a idade revela ser um fator que influencia a QV, as prioridades individuais variam de acordo com a faixa etária. Alguns estudos indicam que as mulheres mais velhas valorizam em menor proporção a mama e a feminilidade (KENY et al., 2000; HAES et al., 2003).

Mulheres que vivenciaram o problema de desenvolver o câncer de mama expressam queixas, principalmente relacionadas a dificuldades de convívio e interação familiar. Desse modo, uma relação familiar harmoniosa ajudaria nessa nova condição de vida, enfrentando o câncer de maneira menos sofrida (BIFFI; MAMEDE, 2002). A sexualidade em relação aos domínios da mulher é outro aspecto importante na mudança da QV, sugerindo multifatorialidade, como o desejo de exercê-la plenamente, sentir-se atraente sexualmente para o parceiro e para sua própria imagem corporal (HUGET et al., 2009).

O tipo da cirurgia parece apresentar impacto significativo na QV em longo prazo. Alguns estudos relatam que as mulheres submetidas à mastectomia total apresentam pior QV que as submetidas ao tratamento conservador da mama (GANZ et al., 2004; MALUF, MORI; BARROS, 2005. Em outro estudo as mulheres tratadas com terapia conservadora da mama relatam que mesmo quando apenas, parte da mama é retirada estes sentimentos não são amenizados (ALMEIDA et al., 2001).

Várias complicações são relatadas em decorrência dos procedimentos terapêuticos para o câncer de mama, apesar da eficiência na abordagem cirúrgica como: linfedema de membro superior (LMS) homolateral a cirurgia, infecção da ferida operatória e dor crônica (FREITAS; OLIVEIRA; PEREIRA 2006). O linfedema complicação crônica é relatado na literatura científica como condição ofensiva para a QVRS das mulheres por dar visibilidade interna e externa da doença, sendo assim considerado um agravante relacionado com a reconstituição da auto-imagem e uma situação freqüente que muitas vezes invalida a mulher, sendo responsável por limitações funcionais e psicológicas com pouca alternativa terapêutica (VIEIROS; NUNES; MARTINS, 2007).

Segundo Laurenti (2003), o progresso terapêutico e tecnológico aumentou a sobrevida de doentes, particularmente aqueles com doenças crônicas, permanecendo ainda, complicações ou seqüelas com as quais os indivíduos sobrevivem. No entanto, sobreviver longos períodos, às vezes não significa que o paciente tenha uma vida saudável, pois quase sempre existem limitações com prejuízos da participação em atividades diversas.

Outro estudo ao avaliar QV de mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia e/ou CCM relata igualdade nos graus de desenvolvimento, observando que a QV das mulheres que passaram por CCM era superior as da submetidas à mastectomia total (RIBEIRO; SANTOS, 2000). Mesmo resultado foi evidenciado num estudo de Kiebert et al., (1991) em relação a avaliação da QV a médio e longo prazo.

Rebelo et al., (2007) consideram de fundamental importância o desenvolvimento de estudos voltados para a avaliação da QV de mulheres com câncer de mama, de maneira longitudinal, durante e após a cirurgia, os tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia realizados, analisando, desta forma, as implicações destes procedimentos em termos funcionais (físicos, emocionais, cognitivos e sociais) e sintomáticos.

2. 7 INSTRUMENTOS PARA MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A relação entre saúde, QV e sua importância na promoção em saúde apresenta consenso embora, não seja aplicada na prática clínica (CERQUEIRA; CREPALDI, 2000). Esse fato pode está relacionado ao conhecimento ineficaz dos profissionais de saúde a respeito dessas relações e pela existência de quantidades insuficientes de instrumentos adaptados culturalmente para a população brasileira (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Ao se escolher um instrumento para avaliar a QV, duas características fundamentais devem ser levadas em consideração – validade e confiabilidade (SANTOS, 2003). A validade de um instrumento de QV significa que o instrumento mede aquilo que se propõe, podendo sofrer variações de acordo com o tipo de informação fornecida e com o objetivo do investigador. A confiabilidade está relacionada com um erro estimado ao se medir determinado conceito (LOBIONDO; HABER, 2001; PASQUALI, 2003).

Segundo Dias e Dias (2006) sempre que possível é recomendado utilizar instrumentos genéricos e específicos de maneira associada, a fim de combinar vantagens e minimizar as desvantagens de cada instrumento. Os questionários genéricos avaliam de forma global aspectos relacionados à QV (físico, social, psicológica, emocional, sexual) e comparam a QV em diferentes estádios da doença. Os questionários de domínios específicos mensuram aspectos mais particulares da doença (VELOSO, 2001).

Ao se avaliar a QV através de um instrumento de QVRS a sugestão não é simplesmente mensurar a presença e gravidade dos sintomas da doença, mas também indicar como as manifestações dessa doença e/ou tratamento é experimentado pelo indivíduo (BERSON, 1998).

A administração dos instrumentos pode ser realizada por um entrevistador através de contato por telefone ou preenchimento pelo próprio paciente. A entrevista assegura o preenchimento completo do formulário, reduzindo erros de interpretação. A auto-administração embora exija menos recursos, no entanto, possibilita erros mais significativos no preenchimento como falta de preenchimento de alguns itens (SPILKER, 1996).

Existem uma variedade de instrumentos de avaliação da QV e escalas padronizadas de aceitabilidade reconhecida. O instrumento utilizado neste estudo é referenciado na literatura e validado pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC), composto de um instrumento genérico para câncer (EORTC QLQ-C30) e um módulo específico para mulheres com câncer de mama *Breast Câncer Module* (QLQ-BR23) utilizados internacionalmente e aplicados em diferentes países e culturas, não podendo o pesquisador que utilizá-lo concretizar modificações em seu formato, o que acarretaria comparação entre as culturas e suas diferentes realidades (FAYERS et al., 1999).

Essas duas versões foram adaptadas para o português falado no Brasil. Atividades contidas no instrumento original podem parecer incompatíveis com as atividades realizadas habitualmente pela população brasileira e alguns problemas como adaptação cultural também pode ocorrer na tradução. Desse modo, algumas

expressões sofreram modificações na tradução, segundo sugestões de pacientes e especialistas brasileiros (LAURENTI, 2003). A tradução e a validação de formulários de QV para a língua portuguesa estimulou o crescimento de realizações de pesquisas sobre o tema (CONDE et al., 2006).

Referência

AARONSON, N. K; BJORDAL K; GROENVOLD, M; CURRAN, D; BOTTOMLEY, A; on behalf of the EORTC Quality of Life Group. The EORTC QLQ-C30 *Scoring Manual*. Brussels, (3rd Edition), 1993. Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, ***Journal of the National Cancer Institute***, p. 365-376, 1993.

ABREU, E; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1), p. 113-131, 2002.

ALMEIDA, A. M; MAMEDE, M. V; PANOBIANCO, M. S; PRADO, M. A. S; CLAPIS, M. J. Construindo o significado da recorrência da doença: A experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (5), 2001.

ALMEIDA, R. A. **Impacto da mastectomia na vida da mulher**. Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde - Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2007.

BARRETO, R. A. S; SUZUKI, K; LIMA, M. A; MOREIRA, A. A. As necessidades de informações de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (1), p. 110-123, 2008. Disponível em www.fen.ufg.br

BARROS, A. C. S. D; BARBOSA, E. M; GEBRIM, L. H. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Associação Médica Brasileira - Projeto Diretrizes, p. 1-15, 2001.

BERGAMASCO, R. B; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experimentado pela mulher. *Revista de Cancerologia*, 47(3), p. 277-282, 2001.

BERZON, R. A; in STAQUET, M.J; FAYERS, P.M. Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. *In: Staquet Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice*. Oxford: University Press, p. 3-15, 1998.

BIFFI, R. G; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista Esc Enfermagem*, 38 (3), p.262-269, 2004.

BOFF, A. R. **Repercussões associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama**. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, SP, Brasil, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

CAMPOLINA, A. G; CICONELLI, R. M; FERRAZ, M. B. Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas de saúde. *Revista Brasileira de Medicina*. 2006.

CERQUEIRA, A. T. R; CREPALDI, A. L. Qualidade de vida em doenças pulmonares crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *J Pneumol*, 55(2), p. 152-0, 2000.

CONDE, D. M. **Câncer de mama, menopausa e qualidade de vida.** Tese de Doutorado, UNICAMP. Faculdade de Ciências Médica, Campinas, São Paulo, SP, Brasil, 2005.

CONDE, D. M; PINTO, A. M; FREITAS, R; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (3), p. 194-204, 2006.

COUCEIRO, T. C. M; MENEZES, T. C; VALÊNÇA, M. M. Síndrome dolorosa pós-mastectomia. A magnitude do problema. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59 (3), 2009.

COSTA, A. C. M. **Câncer de Mama: Aspectos Psicológicos e Alterações Ocorridas Frente e Tratamento Quimioterápico.** Sobral, 2002.

CUNHA, C. G. **Apoio Familiar: Presença Incondicional à mulher mastectomizada.** Especialização em Saúde da Família. UVA. Universidade Estadual Vale do Acaraí. Ceará, 2004.

DI MAIO, M; PERRONE, F. Quality of life in elderly patients with cancer. ***Health and Quality of life Outcomes***, BioMed Central, 2003.

DONEGAN, W. L; SPRATT, W. L. Câncer of the breast. 4th, ed. *Philadelphia Saunders*, p. 157-205, 1995

DUARTE, T. P; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), p. 155-163, 2003.

ENGEL, J. et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-years prospective study. *The Breast Journal*, Edinburgh, 10 (3), p. 223-231, 2004.

FAYERS, P. M; AARONSON, N. K; BJORDAL, K; CURRAN, D; GROEVOLD, M, on behalf of the EORTC Quality of life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Published by: European Organization for Research and Treatment of Cancer, Brussels, 2001.

FAUCI et al., **Medicina Interna.** 14 ed. Rio de Janeiro; Mc Graw Hill, p. 525-606, 1998.

FERNANDES, Q. F. C; ARAÚJO, I. M. A. **Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimentos de mulheres mastectomizadas.** Fortaleza: Editora UFC, 2005.

FERNANDES, A. F. C; ARAÚJO, I. M. A. Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimentos de mulheres mastectomizadas, p. 59, 2005.

FIALHO, A. V. M; SILVA, R. M. Mastectomia e suas repercussões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 46, p. 266-0, 1993.

FIGUEIREDO, A. P; FERREIRA, L; FIGUEIREDO, P. Impacto psico-social do cancro da mama. *Enfermagem Oncológica*, (17), p. 22-27, 2001.

FREITAS, J. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev. Assoc. Med*, 52 (5), p. 337-341, 2006.

GANZ, P. A. Quality of life across the continuum of breast cancer care. *Breast J*, 6 (5), p. 324-30, 2000.

GANZ, P. A; DESMOND, K. A; LEEDHAM, B, et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal Natl Cancer Inst* (94), p. 39-49, 2002.

GANZ, P. A; DESMOND, K. A; LEEDHAM, B. Quality of life in breast cancer survivors, *J Natl Cancer Inst*, (94), p. 39-49, 2002.

GANZ, P. A; KWAN, L; STANTON, A. L; KRUPNICK, J. L; ROWLAND, J. H; MEYEROWITZ, B. E; BOWER, J. E; BELIN, T. R. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, p. 376-387, 2004.

GOMES, R; SKABA, M. M. V. F; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1), 2002.

GOMES, R. Manual de oncologia básica. CAMPINAS: **Revinter**, 1997.

GOODWIN, P. J; BLACK, J. T; BORDELEAU; GANZ, P. A. Health related quality of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer-taking stock. *J. Natl Cancer Inst*, 95(4), p. 263-81, 2003.

GIMENES, M. G. G; QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. A mulher e o câncer, *Editorial Psy*, p. 173-195. São Paulo, 1997.

HAES, J.C. et al. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years: participating in the EORTC 10850 randomized clinical trial. *European Journal Cancer*. Oxford, .39(9), p.45-51, 2003.

HUGUET, P. R; MORAIS, S. S; OSIS, M. J. D; PINTO, A. M; GURGEL, M. S. C. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 2009.

INAGAKI, A. D. M; PRUDENTE, L. R; GONÇALVES, L. L. C; ABUD; A. C. F; DALTRO, A. S. Prática para detecção precoce do câncer de mama entre docentes de uma universidade. *Revista Enfermagem*, 16(3), p. 388-91, 2008.

JESUS, L. L. C; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, (11), p. 208-211, 2003.

KENNY, P; KING, M; SHEEL, A; SEYMOUR, J; HALL, J; LANGLANDS, A; Early stage breast cancer: cost and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. *Breast*, 9 (1), p. 37-44, 2000.

KIEBERT, G; HAES, J; VELDE, C. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients. A review. *Journal of clinical oncology*, (9), p. 1059-1070, 1991.

KING, M. T. et al. Quality of life months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9 (1), p. 789-800, London, 2000.

KÓVACS, M. J; AMORIM, A. C. C; FILHO; SLORGON, L. C. A. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. Psicologia no Brasil: resgatando o viver, *Summus*, p. 159-185, 1998.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 49 (4), 2003.

LINARD, A. G; SILVA, R. M; MENDONÇA, F. A. C. Práticas de saúde decorrentes dos fatores de risco para o câncer de mama em mulheres trabalhadoras. *Revista Rene*, 9(3), p. 92-98, 2008.

LOTTI, R. C. B. **Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama**. Dissertação de mestrado - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – BH, Brasil, 2007.

LOBIONDO-Wood G; KRABBE, P. F. M; WOBBS, T; RUERS, T. J. M. **Pesquisa em Enfermagem: métodos de avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, p. 186-99, 2001.

LOTTI, R. C. B; BARRA, A. A; DIAS, R. C; MAKLUF, A. S. D. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), p. 367-371, 2008.

LUCAS, H. Q. Quimioterapia e hormonioterapia. In: Costa, M.M. et al, Câncer de mama para ginecologistas. *Revinter*, p. 141-145, 1994.

LUINI, A; ORECCHIA, R; GATT, G; INTRA, M; CLOCCA, M; GALIMBERTI, V. The pilot Trial on intraoperative radio therapy with electrons (ELIOT): update on the results breast câncer. *Res. Treat*, 93(1), p. 55-9, 2005.

MACHADO, S. M; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 17(4), p. 750-7, 2008

MAKLUF, A. S. D; DIAS, R. C; BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), p. 49-58, 2006.

MALUF, M. F. M; MORI, L; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51(2), p. 149-154, 2005.

MICELLI, A. V. P. Aspectos psicológicos do paciente com câncer. In E.L.R MELLO & C.E.R. SANTOS. Manual de cirurgia oncológica. São Paulo: Tecmed Editora, 2006.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciências Saúde Coletiva*, (5), p. 7-18, 2000.

MOSCONI, P; COLOZZA, M; De LAURENTIIS, M; De PLACIDO, S; MALTONI, M. Survival, quality of life and breast câncer. *Annal of Oncology*. 12 (3), p. 15-9, 2001.

PASQUALI, L. Psicometria: **Teoria dos Testes na Psicologia e Educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

PINTO, A. C; MARTINS, D. F. G. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. *Revista SBPH*, 9(2), p. 3-27, 2006.

REBELO, V; ROLIM, L; CARQUEJA, E; FERREIRA, S. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Revista Psicologia, Saúde & Doença*, 8 (1), p. 13-32, 2007.

RIBEIRO, J. P; SANTOS, T. Impacto f radical mastectomy versus tumorectomy of the quality. Stockholm, Sweden, 1995.

RODRIGUES, D. P; SILVA, R. M. Analisando o processo adaptativo no autoconceito da mulher mastectomizada. *Nursing - Revista Técnica de Enfermagem*, 51(5), p. 29-34, 2002.

RODRIGUES D. P; SILVA, R. M; FERNANDES, A. F. C. O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: grupo de apoio. *Revista Enfermagem UERJ*, 11(1), p. 64-69, 2003.

PIATO, S. **Diagnóstico e terapêutica em mastologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 2004.

SANTOS, E. M. M; **Câncer Colorretal: Qualidade de vida em pacientes tratados com intenção curativa**. Dissertação de Mestrado, Fundação Antônio Prudente, São Paulo, SP, Brasil, 2003.

SALES, C. A. C. C; PAIVA, L; SCANDIUZZI, D; ANJOS, A. C. Y. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), p. 263-72, 2001.

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

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (2), p. 580-588, 2004.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edição Graal. 1994.
SALES, C. A; PAIVA, L; SCANDIUZZI, D; ANJOS, A. C. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 47(3), p. 263-72, 2001.

SPIPKER, B editor. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers, 1996.

SMELTEZER, S. C; BARE, B; BRUNNER; SUDARTH: **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position papers from the world health organization. *Soc. Sci. Med*, 41(10), p. 1403-9, 1995.

VELOSO, M. M. X. **Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama**. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil, 2001.

VERONESI, U; LUINI, A; ANDREOLI, C. A conservação da Mama: Indicações e Técnicas da Quadrantectomia, Dissecção e Radioterapia no Câncer de Mama, Editora Ícone.

VIEIROS, I; NUNES, R; MARTINS, F. Complicações da mastectomia: Linfedema de Membro Superior. *Acta Med Port*, (20), p. 335-340, 2007.

WEIHERMANN. A. M. C. Usando um Referencial Cultural para Cuidar de Mulheres que tiveram Câncer de Mama. *Rev. Texto e Contexto*. 9(2), p. 673, 2000.

CAPITULO II – ASPECTOS ENVOLVIDOS NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA TOTAL E PARCIAL.

Karla Karine Lima Santos

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de 99 mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama submetida à cirurgia conservadora de mama (CCM) e mastectomia total. Assim como investigar, modificações ocorridas na auto-imagem da mulher mastectomizada e como esta interfere na QV. Para coleta de dados foi utilizado o *European Organisation for Research and Treatment of Câncer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23). A análise dos dados foi realizada para comparação entre grupos de acordo com a variável idade, o tipo de cirurgia e uso de quimioterapia. Foi utilizado o teste de Mann Whitney, considerando o nível de significância de 95% ($p < 0,05$). A média da avaliação geral de saúde/qualidade de vida apresentou bons escores para todas as variáveis analisadas. Os resultados apontaram diferença significativa para os domínios função física ($p=0,011$), fadiga ($p=0,023$), náusea e vômito ($p=0,048$), dor ($p=0,044$), constipação ($p=0,026$), imagem corporal ($p=0,004$), função sexual ($p=0,000$), prazer sexual ($p=0,000$), sintomas mama ($p=0,036$) e no braço ($p=0,029$) nas mulheres avaliadas segundo à idade. Em relação à avaliação para o tipo de cirurgia as mulheres apresentaram diferença significativa para os domínios náusea e vômito ($p=0,025$), dispnéia ($p=0,001$), imagem corporal ($p=0,000$) e perspectivas futuras ($p=0,027$). As mulheres submetidas à terapia sistêmica (quimioterapia) apresentaram diferença significativa apenas para os domínios efeitos colaterais da terapia ($p=0,020$) e preocupação com queda de cabelo ($p=0,000$). Concluímos através deste estudo que à idade, o tipo de cirurgia e a quimioterapia podem causar alguns conflitos de ordem física ou psicológica na vida de cada indivíduo com câncer de mama, sendo que a quimioterapia é um dos tratamentos que mais apresenta efeitos na QVRS para a mulher.

Palavras-Chaves: Idade, Mastectomia, Quimioterapia, Qualidade de vida

ISSUES INVOLVED IN THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN SUBMITTED TO TOTAL AND PARTIAL MASTECTOMY.

Karla Karine Lima Santos

This study aimed at evaluating the quality of life (QL) of 99 women who had breast cancer submitted to conservative surgery (CS) and total mastectomy as well as investigate chances diagnosed with malignant breast underwent breast conserving in the self-image perception of mastectomyzed women, and how those would influence the QL. Data were collected using the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23). The analysis of the data was performed comparing the groups according to the parameters age, surgical approach and chemotherapy. The statistical test applied in this study was the Mann Whitney test, considering the significance level corresponding to 95% ($p < 0.05$). The results pointed out a significant difference for the domains physical function ($p = 0.011$), fatigue ($p = 0.023$), nausea and vomiting ($p = 0.048$), pain ($p = 0.044$), constipation ($p = 0.026$), body image ($p = 0.004$), sexual function ($p = 0.000$), sexual pleasure ($p = 0.000$), breast symptoms ($p = 0.036$) and arm ($p = 0.029$) in the women analyzed according to their age. Regarding the evaluation in relation to the surgical approach, women submitted to total mastectomy presented functional impairment for some domains when compared to those ones treated with conservative surgery. Women undergoing systemic therapy (chemotherapy) showed significant difference only for the domains side effects of therapy ($p = 0.020$) and preoccupation with hair loss ($p = 0.000$). We conclude from this study that by the age, type of surgery and chemotherapy may cause some conflict to physical or psychological life of individuals with breast cancer, and chemotherapy is a treatment that has more effect on HRQOL for women.

Key-words: Age, Mastectomy, Chemotherapy, Quality of Life

Introdução

O câncer de mama é uma enfermidade amplamente estudada em vários aspectos, e seu diagnóstico provoca diversas mudanças no estado emocional das mulheres quando associado à mastectomia, um trauma de natureza física e social. Caracterizado por um número freqüente de casos, com predomínio na população feminina, esse tipo de câncer, apresenta-se de maneira estigmatizante, sendo considerada uma doença grave que pode resultar na mutilação e/ou morte (RODRIGUES; SILVA; MAMEDE, 2002).

Embora exista eficiência da abordagem cirúrgica para o tratamento de câncer de mama, várias complicações têm sido descritas decorrentes desses procedimentos (FREITAS; OLIVEIRA; PEREIRA, 2006). A mastectomia consiste na retirada total ou parcial da mama, que acarreta risco à saúde afetando o autoconceito e as relações que a mulher adota com as pessoas. O sofrimento vivenciado após a mutilação altera os valores e a mulher convive com a ausência do seio o que afetarà à sua auto-estima e à feminilidade (RODRIGUES; SILVA; RODRIGUES, 2002).

A avaliação da QV permite demonstrar a natureza e a extensão dos problemas enfrentados pela mulher durante o decorrer da doença. O procedimento cirúrgico pode trazer agravos funcionais de fundamental importância (SALES et al., 2001). A idade ao diagnóstico é um fator primordial que influencia a QV. Alguns estudos corroboram diferenças no impacto do câncer de mama de acordo com a faixa etária avaliada e que mulheres com idade avançada quando submetidas à mastectomia, referem melhor escore de QV do que as mulheres mais jovens (GANZ, 2002; COHEN, 2000; ENGEL, 2004).

Tanto a mastectomia total quanto a cirurgia conservadora da mama (CCM) apresentam altos índices de sobrevida, gerando influência forte na vida dessas mulheres e maior importância às medidas de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) nos últimos anos, quanto ao câncer de mama (ENGEL et al., 2004; DI MAIO; PERRONE, 2003).

Segundo Luini (citado por Conde et. al, 2006) abordagens cirúrgicas menos mutiladoras podem ser proporcionadas, caso o diagnóstico de câncer mamário seja esclarecido precocemente associado a uma melhor compreensão do comportamento biológico da neoplasia maligna de mama. A CCM associada à biópsia do linfonodo sentinela e a radioterapia intra-operatória pode contribuir para uma melhora na QV.

A monitorização dos sintomas da doença e dos efeitos colaterais da terapia é aspecto importante na influência da QV das mulheres que sobreviveram ao câncer de

mama (SAWADA, 2002). A quimioterapia adjuvante associada ao tratamento cirúrgico vem sendo utilizada em alguns casos de malignidade mamária, aumentando a sobrevida das mulheres e diminuindo a chance de recidiva, com a finalidade de diminuir as possibilidades de metástases acarretando aumento do índice de cura (MACHADO, SAWADA, 2008).

Porém o uso de quimioterapia gera questionamentos em relação à QV, pois as drogas causam efeitos colaterais agressivos afetando tanto o plano físico quanto o psicológico. Embora esses aspectos sejam importantes, a quimioterapia representa a possibilidade de continuar vivendo e retomar as atividades rotineiras alteradas desde o momento do diagnóstico do câncer (JESUS; LOPES, 2003).

É importante, portanto, avaliar a QV utilizando escalas padronizadas de aceitabilidade reconhecida. A escala utilizada nesse estudo é a da Organização Européia para Pesquisa e Tratamento de Câncer (EORTC) QLC-C30 (genérica), seguida do módulo específico para câncer de mama QLC-BR23. Uma das mais utilizadas, devido ao alcance do formulário que aborda a QV de maneira multidimensional (VELOSO, 2001).

Os objetivos deste estudo foram avaliar a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia total e mastectomia parcial ou cirurgia conservadora de mama e identificar a influência da idade, tipo de cirurgia e uso de terapia sistêmica (quimioterapia) na percepção das mulheres analisadas. Assim como as mudanças ocorridas na auto-imagem da mulher mastectomizada e como esta interfere na QV.

Através de informações apresentadas pelas mesmas ao responderem aos questionamentos, visou-se conhecer o comportamento dessas mulheres, conforme as variáveis estratificadas com o intuito de nortear políticas públicas e de qualidade de vida que possam facilitar o acompanhamento de mulheres submetidas à mastectomia.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo survey, com abordagem quantitativa. A amostra desse estudo foi composta por 99 mulheres na faixa etária 30 à 65 anos de idade. Uma amostra inicial de 100 mulheres, que tiveram diagnóstico confirmado de câncer de mama e foram submetidas à cirurgia de mastectomia total ou parcial, atendidas no serviço de Medicina Nuclear, de uma clínica localizada em Aracaju-SE. A abordagem para participação na pesquisa se deu quando estas foram realizar exames de rotina para pesquisa de metástase, nos anos de 2008 e 2009. No momento da entrevista as mulheres se encontravam com pelo menos seis (06) meses pós- cirurgia.

Foi excluída do estudo uma mulher considerada Fora das Possibilidades Terapêuticas (FPT), por ter passado pelos dois tratamentos cirúrgicos em momentos diferentes, primeiro mastectomia parcial e em seguida mastectomia total. Não houve recusa entre as mulheres que participaram do estudo em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para obtenção dos dados, foi aplicado um formulário sobre qualidade de vida, referenciado na literatura e validado pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC), composto por dois instrumentos. Um primeiro instrumento genérico, denominado *Câncer Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) voltado para pacientes com diagnóstico de câncer e um módulo específico para câncer de mama intitulado *Breast Cancer Module* (QLQ-BR23).

A aplicação dos formulários foi realizada através de entrevista pela própria pesquisadora responsável, previamente treinada, em ante-sala pré-determinada, para assegurar a privacidade e confidencialidade dos dados. Após o preenchimento de cada formulário, este foi arquivado em envelope ofício e devidamente lacrado. O lacre do envelope foi legitimado pela assinatura da pesquisadora responsável, para garantir que as informações, por sua natureza sigilosa, só seriam lidas pela mesma.

Todos os procedimentos de coleta de dados tiveram início após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (protocolo nº 0411208).

O formulário genérico para câncer, EORTC QLQ-C30 (AARONSON et al., 1993) compreende 30 questões, composto por cinco escalas funcionais (função física, desempenho funcional, função cognitiva, estado emocional e função social), três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito) e escalas de qualidade de vida e estado de saúde global. Os itens simples avaliam sintomas adicionais comumente relatados por pacientes com câncer (dispnéia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) bem como o impacto financeiro da doença e tratamento (EORTC, 2001).

O formulário específico para câncer de mama QLQ-BR-23, compreende vinte e três questões que avaliam os sintomas da doença, os efeitos colaterais do tratamento, a imagem corporal, o desempenho sexual e as perspectivas futuras (FAYERS et al, 2001).

Tanto o formulário QLQ-C30 quanto o QLQ-BR-23 apresentam quatro possibilidades de respostas: Não/Pouco/Moderadamente/Muito. As fórmulas para calcular os escores dos dois formulários são as mesmas, sendo uma fórmula específica para cada escala (funcionais e sintomas). Ambos os formulários apresentam escores que variam de 0 a 100. Para os domínios de função e estado de

saúde global, zero representa pior estado de saúde e 100 representa melhor estado de saúde, enquanto que para escala de sintomas o alto escore representa mais sintomas ou problemas e pior qualidade de vida (FAYERS et al.,2001)

Foi realizada a estratificação da amostra em três grupos de acordo com as seguintes variáveis: idade no momento da entrevista, tipo de cirurgia e uso de terapia sistêmica (quimioterapia). Para comparação entre os grupos de acordo com essas variáveis, foi utilizado o teste de Mann Whitney considerando o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo esboçam um perfil das mulheres estratificadas segundo idade da paciente no momento da entrevista (Tabela 1), tipo de cirurgia (Tabela 2) e uso de quimioterapia sistêmica (Tabela 3).

A amostra analisada em relação à idade não apresentou diferença significativa para o estado de saúde global ($p=0,768$) entre os grupos, sendo que a média dos escores para esse domínio apresentam escores relativamente semelhantes relacionados à estimativa da saúde geral e da percepção da QV global do instrumento genérico tanto para o grupo das mulheres mais novas ($p=49,02$) quanto para o grupo das mulheres mais velhas ($p=50,69$) indicando um grau médio de qualidade de vida.

Os diferentes pontos de vista sobre QV pode estar associado ao fato das mulheres vivenciarem diversas experiências e interesses pessoais de acordo com sua autopercepção, inclusive do próprio instrumento genérico para análise da qualidade de vida.

Tabela 1: Comparação da QVRS em relação à idade (QLQ-C30 e QLQ-BR23)

Domínios	Médias	Médias	Valor- p
	(30 a 50 anos) (n=41)	(51 a 65 anos) (n=58)	
EORTC QLQ-C30			
Estado de saúde global*			
Estado de saúde global	49,02	50,69	0,768
Escala Funcionais*			
Função física	58,59	43,93	0,011***
Desempenho funcional	46,16	52,72	0,252
Estado emocional	45,50	53,18	0,187
Função cognitiva	56,05	45,72	0,074
Função Social	46,16	52,72	0,252
Escala de sintomas**			
Fadiga	42,41	55,36	0,023***
Náusea e vômito	44,15	54,14	0,048***
Dor	42,82	40,10	0,044***
Dispneia	48,89	50,78	0,637
Insônia	46,17	52,71	0,240
Perda de apetite	45,72	53,03	0,063
Constipação	56,96	45,08	0,026***
Diarréia	47,24	51,95	0,170
Dificuldades financeiras	49,96	50,03	0,985
EORTC QLQ-BR23			
Escala Funcionais*			
Imagem corporal	59,29	43,43	0,004***
Função sexual	64,73	39,59	0,000***
Prazer sexual	36,70	59,41	0,000***
Perspectivas futuras	48,57	51,01	0,067
Escala de Sintomas**			
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	56,45	45,44	0,059
Sintomas na mama	57,02	45,03	0,036***
Sintomas no braço	57,29	44,84	0,029***
Preocupação com queda de cabelo	52,43	48,28	0,446

* escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

** escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

*** diferença estatisticamente significativa para $p < 0,05$;

As escalas para análise da QV geral e global apresenta uma variação de 1 a 7 pontos, onde 1 corresponde a péssima qualidade de vida e 7 ótima durante os últimos 7 dias. Eventualmente, alguns problemas podem surgir relacionados à interpretação do instrumento, pois, durante a aplicação dos formulários, várias pacientes necessitam de orientação para atribuir à pontuação, pois fazem associação com notas entre 8, 9 e 10. Questão essa a ser considerada pelo fato da valorização em nosso meio de pontuações que variam de 1 a 10 e que considera 10(dez) nota máxima. A auto-avaliação do estado de saúde global é geralmente positiva, podendo demonstrar incoerência com o quadro da doença e uma autopercepção relativa a condições de vida e saúde que sofrem influências de fatores sociais, culturais e religiosos (CAPRA, 1982; VELOSO, 2001)

A escala funcional do instrumento QLQ-C30, apresentou diferença expressivamente menor para as mulheres mais velhas no domínio função física ($p=0,011$), isso significa que nesse grupo a qualidade de vida foi avaliada como pior nessa dimensão pelas mulheres mais velhas. As limitações relacionadas à idade são esperadas, independente da mulher se encontrar doente ou não, uma vez que a diminuição das atividades ligadas ao desempenho físico pode estar associada à orientação médica, em relação às condutas e cuidados que essas mulheres devem adotar após o tratamento.

O presente estudo apresentou resultados diferentes de Haes et al, (2003) em relação ao domínio função cognitiva, uma vez que naquela pesquisa as mulheres mais jovens submetidas à mastectomia apresentaram menor escore no domínio função cognitiva em relação as mais velhas, fato esse não esperado uma vez que a diminuição dos aspectos cognitivos está relacionado com a senilidade (COHEN, 2000; ENGEL et al, 2004).

King (2000) em sua pesquisa com mulheres mastectomizadas, utilizando o mesmo instrumento genérico deste estudo afirmou que as prioridades individuais variam de acordo com as diferentes faixas etárias e que as mulheres mais velhas apresentam melhores escores de QV pelo fato de valorizarem menos a mama e a feminilidade.

A escala de sintomas apresentou diferença significativamente maior para os domínios fadiga ($p= 0,023$), náusea e vômito ($p= 0,048$) e menores escores para o domínio dor ($p=0,044$) e constipação ($p=0,026$) para o grupo de mulheres mais velhas. A fadiga é um sintoma comum para câncer de mama, desagradável e limitante de atividades rotineiras, associa-se ainda a fatores físicos, psicológicos, sociais, cognitivos e comportamentais (ENGEL et al, 2004). As consequências da fadiga podem gerar na mulher uma tendência ao isolamento social, assim como diminuição da autoestima, contribuindo para a redução da QV. Mulheres mais velhas sofrem mais com sintomas de fadiga, náusea e vômito pelo fato de ter associado características fisiológicas da senilidade. Os domínios dispnéia, insônia, perda de apetite, diarreia e dificuldades financeiras apresentaram escores medianos sem diferença significativa entre as faixas etárias das mulheres pesquisadas.

Em relação à escala funcional do QLQ-BR23 a diferença significativa foi observada nos domínios imagem corporal ($p=0,004$), função sexual ($p=0,000$) e prazer sexual ($p=0,000$). Sendo que essa diferença foi significativamente menor para imagem corporal e função sexual e maior para o prazer sexual no grupo das mulheres mais velhas. Este estudo corrobora o estudo de Ganz (2002) que avaliou 763 mulheres com

câncer de mama submetido à mastectomia, nos aspectos sexuais, em que a função sexual diminuiu significativamente ($p=0,000$) com o aumento da idade, embora o prazer sexual, por outro lado tenha apresentado melhora significativa ($p=0,000$). Fato esse que deve está relacionado com o aprendizado dessas mulheres, ao longo do tempo de como lidar com situações e sensações em relação à sexualidade.

Para a escala de sintomas a diferença significativa foi observada para os domínios sintomas mama ($p=0,036$) e sintomas no braço ($p=0,029$) com escores maiores para as mulheres mais novas. Para os domínios efeitos colaterais da terapia sistêmica ($p=0,059$) e preocupação com queda de cabelo ($p=0,446$) os escores foram significativamente menores para o grupo das mulheres mais velhas. Essas talvez demonstrem acreditar mais na sua sobrevivência e menor preocupação com a estética, incluindo a queda de cabelo e conseqüente desaparecimento dos sintomas.

Observou-se neste estudo que a qualidade de vida de mulheres mais velhas foi pior avaliada no domínio função física, fadiga, náusea e vômito, imagem corporal e função sexual e por outro lado melhor avaliação da QV quanto à dor e constipação, prazer sexual e quanto aos sintomas na mama e no braço. Sabe-se que a reação psicológica da mulher ao diagnóstico e ao tratamento é influenciada pela idade e se relaciona com o conceito de QV, representando de forma parcial o grau de amadurecimento em que se encontra (CONDE, et al., 2006).

A amostra analisada em relação ao tipo de cirurgia não apresentou diferença significativa para o estado de saúde global ($p=0,462$) e os domínios da escala funcional (função física, desempenho funcional, estado emocional, função cognitiva e função social) do instrumento QLQ-C30, com escores médios de qualidade de vida para ambos os grupos.

Esse resultado aponta para o fato de que tanto a mastectomia total como a cirurgia conservadora são mutiladoras e causam impactos. Se a mulher tem uma tendência para compartilhar experiências, ela vai fazê-lo independente do tipo de cirurgia, caso não tenha, essa reação pode está relacionada com o medo de ser estigmatizada, não dependendo também do tipo de cirurgia. Outro fato que pode melhorar o convívio social é a possibilidade das reconstruções na mama pós-cirurgia.

Na escala de sintomas as mulheres submetidas à mastectomia total apresentaram média de escores significativamente menor no domínio náusea e vômito ($p=0,025$) e maior quanto à dispnéia ($p=0,001$). Os domínios fadiga, insônia, diarreia, dificuldades financeiras, dor, apetite e constipação apresentaram escores com valores médios, sem diferença estatística significativa para ambos os grupos.

Tabela 2: Comparação da QVRS em relação ao tipo de cirurgia (QLQ-C30 e QLQ-BR23)

Domínios	Médias	Médias	Valor- p
	CCM (n=45)	Mastectomia Total (n=54)	
EORTC QLQ-C30			
Estado de saúde global*			
Estado de saúde global	52,24	48,13	0,462
Escala Funcionais*			
Função física	50,06	49,95	0,986
Desempenho funcional	52,79	47,68	0,366
Estado emocional	52,98	47,52	0,343
Função cognitiva	50,49	49,59	0,875
Função Social	52,79	47,68	0,366
Escala de sintomas**			
Fadiga	51,80	48,50	0,558
Náusea e vômito	56,11	44,91	0,025***
Dor	48,26	51,45	0,568
Dispneia	42,71	56,07	0,001***
Insônia	52,67	47,78	0,374
Perda de apetite	49,97	50,03	0,987
Constipação	49,91	50,07	0,975
Diarréia	50,18	49,85	0,923
Dificuldades financeiras	52,14	48,21	0,248
EORTC QLQ-BR23			
Escala Funcionais*			
Imagem corporal	61,30	40,58	0,000***
Função sexual	54,30	46,42	0,159
Prazer sexual	50,87	49,28	0,777
Perspectivas futuras	56,73	44,36	0,027***
Escala de Sintomas**			
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	45,86	52,87	0,188
Sintomas na mama	42,56	52,87	0,266
Sintomas no braço	47,16	52,37	0,355
Preocupação com queda de cabelo	48,63	51,14	0,632

* escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

** escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

*** diferença estatisticamente significativa para $p < 0,05$

Estes resultados não coincidem com os de Engel et al (2004) que ao avaliar a QV após o tratamento cirúrgico observou diferença entre os escores das mulheres submetidas à cirurgia conservadora de mama em relação à melhora em todas as variáveis do instrumento QLQ-C30 e QLQ-BR23.

Os resultados apontaram em relação à escala funcional do QLQ-BR23 para o domínio imagem corporal ($p=0,000$) e perspectivas futuras ($p=0,027$) uma diferença significativamente menor para as mulheres submetidas à mastectomia total, em relação aquelas submetidas à cirurgia conservadora. Nessa mesma escala não houve diferença significativa para os domínios função sexual ($p= 0,159$) e prazer sexual ($p=0,777$) . Estes resultados corroboram Makluf (2006) que apontou que o impacto da imagem corporal é menos evidente nas mulheres com cirurgia conservadora, em relação àquelas submetidas à mastectomia total.

Entretanto no estudo de Rebelo et al (2007) a imagem corporal de 60 mulheres portuguesas submetidas a mastectomia conservadora, apresentou efeito negativo, o que difere da maioria dos dados encontrados na literatura. Tal resultado pode está relacionado com a auto-avaliação que essas mulheres fazem, por acreditar que o tratamento radical erradicará a malignidade.

Possivelmente as mulheres que se submeteram à mastectomia total neste estudo apresentaram menor escore no domínio imagem corporal em relação à cirurgia conservadora por se acharem menos satisfeitas com o resultado estético da intervenção cirúrgica, e com maior nível de estresse emocional em relação às submetidas à cirurgia conservadora.

Para a escala de sintomas nenhum domínio apresentou diferença significativa entre os grupos de mastectomia total e cirurgia conservadora. Esse aspecto pode estar relacionado ao fato das mulheres mastectomizadas apresentarem impacto em relação aos sintomas independente da cirurgia ser radical ou conservadora.

Para o instrumento QLQ-C30 todos os domínios da escala funcional e de sintomas não apresentaram diferença significativa entre os grupos.

Sintomas como náusea e vômitos são freqüentemente relatados por algumas mulheres no período em que estão fazendo a quimioterapia, contribuindo para uma piora na qualidade de vida. No presente estudo outras terapias sistêmicas foram aplicadas, além da quimioterapia, isto pode ser a explicação para a não existência de diferenças significativas entre os grupos quanto aos sintomas físicos, uma vez que ambos devem ter sofrido impacto de algum modo em relação às demais terapias sistêmicas.

Para a escala de sintoma do instrumento específico o uso de quimioterapia apresentou diferença significativamente menores para as mulheres não submetidas à quimioterapia nos domínios efeitos colaterais da terapia sistêmica ($p=0,020$) e preocupação com queda de cabelo ($p=0,000$) do instrumento QLQ-BR23.

Os demais domínios dessa escala não apresentaram diferença significativa, Segundo Ganz (2002) dados na literatura relatam que mulheres ao utilizarem quimioterapia apresentam desconforto sexual após anos de completado o tratamento. No presente estudo esse resultado não foi evidenciado na escala funcional do instrumento específico, o qual não se observou diferença significativa ($p<0,05$) para nenhum domínio. Esses resultados podem está relacionados ao fato que nem sempre os efeitos apresentados depois da cirurgia estão associados à terapia sistêmica.

Tabela 3: Comparação da QVRS em relação à quimioterapia (QLQ-C30 e QLQ-BR23)

Domínios	Médias	Médias	Valor- p
	Quimioterapia (n=79)	Sem quimioterapia (n=20)	
EORTC QLQ-C30			
Estado de saúde global*			
Estado de saúde global	50,35	48,62	0,804
Escala Funcionais*			
Função física	49,58	51,65	0,771
Desempenho funcional	47,41	60,25	0,067
Estado emocional	46,32	64,52	0,273
Função cognitiva	48,43	56,20	0,273
Função Social	47,41	60,25	0,067
Escala de sintomas**			
Fadiga	49,90	50,40	0,943
Náusea e vômito	50,39	48,45	0,755
Dor	49,41	52,35	0,329
Dispneia	49,75	51,00	0,799
Insônia	51,49	44,10	0,279
Perda de apetite	50,77	46,95	0,429
Constipação	49,58	51,68	0,706
Diarréia	46,31	64,52	0,263
Dificuldades financeiras	51,39	44,50	0,102
EORTC QLQ-BR23			
Escala Funcionais*			
Imagem corporal	48,40	56,32	0,247
Função sexual	48,26	56,88	0,215
Prazer sexual	48,24	56,95	0,210
Perspectivas futuras	47,73	59,95	0,106
Escala de Sintomas**			
Efeitos colaterais da terapia sistêmica	53,35	36,78	0,020***
Sintomas na mama	51,56	43,82	0,272
Sintomas no braço	49,87	50,52	0,925
Preocupação com queda de cabelo	55,46	28,45	0,000***

* escores variam de 0-100, com altos escores representando alto nível funcional

** escores variam de 0-100, com altos escores representando maior sintomatologia

*** diferença estatisticamente significativa para $p < 0,05$

Os resultados deste estudo corroboram com Lotii (2007) que não apresentou diferença significativa entre os grupos de mulheres que utilizaram ou não quimioterapia para qualquer domínio dos instrumentos genérico e específico.

Alguns itens avaliados pelo EORTC QLQ-C30 e pelo BR-23 demonstram uma percepção das mulheres entrevistadas, mais do que ocorrências cotidianas que possam ser mensuradas de maneira objetiva, pois alguns indivíduos podem auto-avaliar a capacidade de memória de maneiras diversas, assim como as limitações para o desenvolvimento de algumas atividades.

Diante dos dados levantados neste estudo, foi possível concluir que os fatores idade, tipo de cirurgia e realização de quimioterapia podem causar alguns conflitos de

ordem física ou psicológica na vida de cada mulher que teve câncer de mama, sendo que a quimioterapia é um dos tratamentos que mais apresenta efeitos negativos para a mulher. No entanto, a realização de estudos posteriores de caráter longitudinal poderá analisar possíveis mudanças na QV com mulheres submetidas à mastectomias parcial e/ou total. Outros estudos devem ser realizados em regiões distintas do Brasil, para avaliar se a QV dessas mulheres é similar em todo o território nacional, ou se varia de acordo com as diferenças geográficas e culturais.

Referência

AARONSON, N. K; BJORDAL K; GROENVOLD, M; CURRAN, D; BOTTOMLEY, A: on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. Brussels, (3rd Edition), 1993. Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, ***Journal of the National Cancer Institute***, p. 365-376, 1993.

COHEN, L; HACK, T. F; MOOR, C. KATZ, J; GOSS, P.E; The effects of type of surgery and time on psychology adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg. Oncol*, 7 (6), p. 427-34, 2000.

DI MAIO, M; PERRONE, F. Quality of life in elderly patients with cancer. ***Health and Quality of life Outcomes***, BioMed Central, 2003.

ENGEL, J. et al. Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-years prospective study. *The Breast Journal*, Edinburgh, 10 (3), p. 223-231, 2004.

FAYERS, P. M; AARONSON, N; BJORDAL, K; CURRAN, D; GROEVOLD, M. EORTC FERNANDES, Q. F. C; ARAÚJO, I. M. A. **Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimentos de mulheres mastectomizadas**. Fortaleza: Editora UFC, 2005

FREITAS, J. Conhecimento e prática do auto-exame de mama. *Rev. Assoc. Med*, 52 (5), p. 337-341, 2006.

GANZ, P. A; DESMOND, K. A; LEEDHAM, B, et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast câncer: a follow-up study. ***Journal Natl Cancer Inst*** (94), p. 39-49, 2002.

HAES, J.C. et al. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years: participating in the EORTC 10850 randomized clinical trial. ***European Journal Cancer***.Oxford, .39(9), p.45-51, 2003.

JESUS, L. L. C; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, (11), p. 208-211, 2003.

LUINI, A; ORECCHIA, R; GATT, G; INTRA, M; CLOCCA, M; GALIMBERTI, V. The pilot Trial on intraoperative radio therapy with electrons (ELIOT): update on the results breast câncer. *Res. Treat*, 93(1), p. 55-9, 2005.

RODRIGUES, D. P; SILVA, R. M. Analisando o processo adaptativo no autoconceito da mulher mastectomizada. *Nursing - Revista Técnica de Enfermagem*, 51(5), p. 29-34, 2002.

RODRIGUES D. P; SILVA, R. M; FERNANDES, A. F. C. O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: grupo de apoio. *Revista Enfermagem UERJ*, 11 (1), p. 64-69, 2002.

SALES, C. A. C. C; PAIVA, L; SCANDIUZZI, D; ANJOS, A. C. Y. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), p. 263-72, 2001.

VELOSO, M. M. X. **Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama**. Dissertação de Mestrado. FIOCRUZ. Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil, 2001.

CAPITULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo de realizar uma pesquisa envolvendo esta temática surgiu a partir da convivência com mulheres que tiveram câncer de mama e foram submetidas ao tratamento cirúrgico de mastectomia, com o propósito de entender os relatos que essas faziam de forma indireta antes da realização dos exames de rotina para pesquisa de metástases, como também as adaptações e mudanças pelas quais tiveram que passar diante de uma enfermidade de caráter estigmatizador, que culminava na retirada da mama e em distúrbios ocasionados pelo tratamento frente à sua imagem corporal e autopercepção.

A presente pesquisa se insere no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente dentro da Linha de Pesquisa “Ambiente, Desenvolvimento e Saúde” (<http://www.unit.br/mestrado/saudeambiente/pesquisa.htm>), dentro da proposta de área de atuação “Promoção de Saúde e Qualidade de Vida”. A qualidade de vida é vista como significativa medida de resultado em pesquisas na área da saúde, devendo levar-se em consideração a importância na decisão de qual instrumento utilizar para mensurá-la. A avaliação deve ser feita de maneira crítica e minuciosa a fim de detectar diferenças relevantes na vida de cada indivíduo envolvido no processo, pois os dados podem alterar os resultados e conclusões do estudo.

Estudos dessa natureza identificam a influência dos efeitos da mastectomia na qualidade de vida dessas mulheres com o passar do tempo. O conhecimento dessas implicações poderá auxiliar diversos profissionais de saúde, no norteamiento de estratégias para uma assistência psicológica baseada nos relatos obtidos e geração de ações mais efetivas destinadas à prevenção e promoção da saúde de mulheres com neoplasia maligna da mama. O cuidado psico-oncológico deve ser oferecido à mulher mastectomizada não apenas durante o período de internamento mais também após o término da terapia.

Além disso, os resultados apresentados e discutidos no presente estudo podem ensejar a realização de pesquisas futuras, quiçá fomentando a relevância de abordagens de cunho regional, especialmente no afã de evidenciar possíveis diferenças na QV de mulheres tratadas para câncer de mama que porventura estejam associadas às condicionantes de ordem geográfico-territorial e sócio-cultural. Desta forma, seria possível contribuir de forma mais efetiva para a discussão e aprimoramento de políticas de saúde da mulher direcionadas ao acompanhamento e cuidado de pacientes após o tratamento.

ANEXOS

APÊNDICE

A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

PROJETO: Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas à Mastectomia total e Parcial em Sergipe.

As participantes:

Este é um documento importante, leia-o com atenção. Nele estão informações importantes em relação a este projeto. Você está sendo convidada a participar de um estudo **“Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia total e parcial em ARACAJU-SE”** e, para participar deste projeto, você deverá assinar este consentimento. Sua assinatura significa que você recebeu todas as informações sobre o projeto e que concorda em participar.

Objetivo do projeto:

Através de pesquisas médicas, surgem novas possibilidades de tratamento para o câncer de mama. Entretanto, não se conhece como esses procedimentos médicos podem afetar a qualidade de vida das mulheres submetidas a esses tratamentos. Para avaliar a qualidade de vida existem questionários específicos. Esta pesquisa tem como objetivo medir a qualidade de vida de mulheres que, como você, foram submetidas ao tratamento cirúrgico para o câncer de mama há seis meses ou mais.

A qualidade de vida pode ser definida como uma percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social. Com essa pesquisa queremos avaliar sua qualidade de vida após o tratamento para o câncer. Esta avaliação será feita através de um questionário que você deverá responder, caso concorde em participar do estudo. Este questionário foi desenvolvido por uma **Organização Europeia** que estuda o tratamento do câncer **“EORTC”**.

Benefícios:

Este estudo não oferecerá benefícios a você, mais sim aos profissionais de saúde a fim de auxiliar na prática clínica e orientar estratégias terapêuticas e preventivas.

O Questionário:

Este questionário tem como objetivo medir a qualidade de vida. As perguntas são de múltipla escolha e se dividem em: “avaliação funcional (capacidade de realizar tarefas), estado de saúde global e escalas de sintomas” que são comuns em pacientes com câncer. Você irá responder a este questionário como uma entrevista.

Tempo:

O tempo que você gastará para responder os questionários é de aproximadamente trinta (30) minutos.

Sigilo:

Seu nome não será escrito nos questionários e você será identificada apenas por suas iniciais e data de nascimento. Assinando este documento, você estará consentindo que seu questionário seja coletado e faça parte deste projeto. Serão também coletados alguns dados sobre sua doença, diagnóstico clínico e condições sócio-demográficas (renda familiar, estado civil, escolaridade, etc.)

Participação:

Sua participação é voluntária e você não será beneficiada diretamente pela pesquisa. Você pode decidir não participar ou não responder ao questionário sem dar nenhuma razão para isso, e

sem que isso afete de alguma forma a atenção que você recebe do seu médico, fisioterapeuta, ou traga qualquer prejuízo ao seu tratamento. Você pode fazer as perguntas que quiser sobre o projeto, a qualquer momento.

Ressarcimento e indenização:

Não há qualquer previsão de pagamento, ressarcimento e indenização para sua participação. No entanto, ao assinalar este formulário, você não estará renunciando a quaisquer direitos legais.

Pesquisadores responsáveis:

A pesquisadora responsável por esse estudo é a biomédica **Karla Karine Lima Santos** mestranda em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes - UNIT, e esta pesquisa será orientada por **Profª D.Sc. Cristiane Costa da Cunha Oliveira** e **Prof. D.Sc. Ricardo Luiz Cavalcanti de Albuquerque Júnior**.

Termo de participação e assinatura:

Eu, _____ li as informações e entendi o propósito do projeto. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ao assinar este documento eu dou meu consentimento para ser uma participante deste projeto.

Caso a Senhora precise esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo, por favor, entre em contato com: **Karla Karine Lima Santos** (pesquisadora do projeto) 2107- 9837 (CLIMEDI) Av. Barão de Maruim, 570- CENTRO Aracaju-Se.

Aracaju, _____ de _____ de 200____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome do responsável: **KARLA KARINE LIMA SANTOS**

Assinatura: _____