

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Eduarda Silva Kingma Fernandes

**IMAGEM CORPORAL, FUNÇÃO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA**

Juiz de Fora

2023

Eduarda Silva Kingma Fernandes

**IMAGEM CORPORAL, FUNÇÃO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal
de Juiz de Fora, como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira

Coorientador: Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva Kingma Fernandes, Eduarda .
IMAGEM CORPORAL, FUNÇÃO E SATISFAÇÃO SEXUAL EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA / Eduarda Silva Kingma Fernandes. -- 2023.
169 p.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira
Coorientador: Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Neoplasias de Mama. 2. Imagem Corporal. 3. Sexualidade. 4. Estudo de Prevalência. I. Bustamante Teixeira, Profa. Dra. Maria Teresa, orient. II. Ribeiro Guerra, Prof. Dr. Maximiliano , coorient. III. Título.

Eduarda Silva Kingma Fernandes

Imagem Corporal, Função e Satisfação Sexual em Mulheres com Câncer de Mama.

Dissertação
apresentada
ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde
Coletiva
da Universidade
Federal de Juiz de
Fora como requisito
parcial à obtenção do
título de Mestre em
Saúde Coletiva. Área
de concentração:
Saúde Coletiva

Aprovada em 25 de setembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Teresa Bustamante Teixeira - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Jane Rocha Duarte Cintra

Universidade Presidente Antônio Carlos

Prof. Dr. Mario Círio Nogueira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Vívian Assis Fayer

Prof.^a Dra. Daniela Almeida Pereira

Universidade Federal de Viçosa

Juiz de Fora, 06/09/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Teresa Bustamante Teixeira, Coordenador(a)**, em 26/09/2023, às 22:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 27/09/2023, às 07:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela de Almeida Pereira, Usuário Externo**, em 28/09/2023, às 10:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vivian Assis Fayer, Usuário Externo**, em 28/09/2023, às 10:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **JANE ROCHA DUARTE CINTRA, Usuário Externo**, em 28/09/2023, às 11:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1458590** e o código CRC **406B2DF5**.

AGRADECIMENTOS

Aos meus estimados orientadores, Professora Teita e Professor Max, gostaria de expressar minha sincera gratidão pela orientação, paciência, aprendizado, carinho e atenção dedicados a mim ao longo deste trabalho. Agradeço por estarem sempre presentes em todos os momentos e por acreditarem no meu potencial para a realização deste projeto. Sou profundamente grata pela oportunidade que me foi concedida de trabalhar com um banco de dados tão importante.

Gostaria de agradecer a Angélica por sua contribuição fundamental não apenas na construção do banco de dados, mas também por estar sempre disposta a me ajudar em todas as situações. Sem ela, esse trabalho não teria sido possível.

Também quero expressar minha gratidão às minhas companheiras de pós-graduação, Bianca Duque e Rafaela Russi. Bianca, você foi essencial em todo o processo, nossa amizade se fortaleceu ao longo do desenvolvimento do mestrado e nossa parceria foi fundamental. Rafaela, você é um presente da pós-graduação, não tenho palavras para te agradecer. Aprendi e continuo aprendendo muito com você. Obrigada por todas as oportunidades que me proporcionou, estudar imagem corporal ao seu lado foi essencial para o desenvolvimento da minha dissertação. Quero estender meus agradecimentos a Andrezza pelo apoio durante o estágio docente, sua presença tornou o percurso mais leve. Daniela Almeida, obrigada por compartilhar seus conhecimentos.

Agradeço imensamente às mulheres que participaram desta pesquisa. Sem elas, este estudo não seria possível. Também quero expressar minha gratidão à administração dos Hospitais 9 de Julho e Instituto Oncológico, pela disponibilidade da estrutura física, dos recursos humanos e da logística que permitiram a realização deste trabalho. Agradeço também pela autorização para utilizar os dados do Registro Hospitalar de Câncer. Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, agradeço por enriquecerem minha formação acadêmica. Aos membros da banca examinadora, agradeço a disponibilidade e sugestões valiosas que aperfeiçoaram meu trabalho. Aos funcionários do NATES, em especial Elisângela, agradeço a disposição em nos atender prontamente.

Aos meus amigos e à minha família, quero expressar meu profundo agradecimento pelo apoio incondicional. Aos meus pais, que vibraram com cada

conquista alcançada, à minha querida irmã Isabela, sempre pronta para me ajudar, ao meu namorado Pedro, à minha avó, à minha amada sobrinha e afilhada Clara e aos meus padrinhos, agradeço por tornarem minha vida pessoal mais leve, permitindo que eu pudesse desenvolver este trabalho. Por fim, agradeço a Deus pela fé que me fortalece. Meus sinceros agradecimentos a todos os mencionados por sua contribuição e apoio ao longo desta jornada.

RESUMO

O câncer de mama é a principal causa de mortalidade por neoplasia em mulheres no Brasil. Estudos anteriores mostram que mulheres menos satisfeitas com sua imagem corporal após o diagnóstico de câncer de mama têm mais chances de vivenciar problemas sexuais. O presente estudo justifica-se pela necessidade de intervenções preventivas e multidisciplinares para minimizar o impacto da doença e respectivo tratamento na imagem corporal e na sexualidade. O objetivo é investigar a associação dos fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos com a imagem corporal, a função sexual e a satisfação sexual em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Trata-se de um estudo transversal, com 101 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016, assistidas em um centro de referência em oncologia na Zona da Mata mineira. A coleta de dados foi realizada por prontuários e entrevista face a face. Para as análises de imagem corporal, função e satisfação sexual, foi utilizado o questionário EORTC QLQ-BR23, desenvolvido e validado pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento de Qualidade de Vida Específica do Câncer de Mama (EORTC). Foi realizada análise descritiva, para conhecer a distribuição e prevalência das variáveis, seguida da análise bivariada e multivariada com regressão de Poisson, para avaliar as associações existentes. Para as variáveis dependentes, foram calculadas média e mediana e correlação de Spearman para explorar as possíveis associações existentes. Das 101 mulheres, a maioria (70,3%) tinha mais de 50 anos de idade. As médias de escores tanto da função sexual (31,49) quanto da satisfação sexual (50,50) foram baixas, enquanto a percepção de imagem corporal (82,87) foi alta. A situação conjugal foi associada à função sexual, com pior função entre mulheres sem companheiro ($p=0,031$) e melhor função sexual entre aquelas com melhor grau de instrução ($p=0,04$). Constatou-se uma relação significativa entre certos fatores sociodemográficos como idade, estado conjugal e nível educacional e a sexualidade em mulheres em tratamento de câncer de mama. Os achados deste estudo ressaltam a importância da abordagem ampliada, pelos profissionais de saúde e contemplar também as questões relacionadas à sexualidade no manejo do câncer de mama.

Palavras-chaves: Neoplasias de Mama. Imagem Corporal. Sexualidade. Estudo de Prevalência.

ABSTRACT

Breast cancer is the leading cause of cancer-related death among women in Brazil. Previous studies have shown that women who are less satisfied with their body image after a breast cancer diagnosis are more likely to experience sexual issues. The present study is justified by the need for preventive and multidisciplinary interventions to minimize the impact of the disease and its treatment on body image and sexuality. The objective is to investigate the association of sociodemographic, clinical, and anthropometric factors with body image, sexual function, and sexual satisfaction in women diagnosed with breast cancer. This is a cross-sectional study involving 101 women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016, treated at an oncology referral center in the Zona da Mata region of Minas Gerais. Data collection was done through medical records and face-to-face interviews. For the analysis of body image, sexual function, and sexual satisfaction, the EORTC QLQ-BR23 questionnaire, developed and validated by the European Organization for Research and Treatment of Cancer-specific Quality of Life Breast Cancer Group (EORTC), was used. The statistical analyses conducted included descriptive analysis to understand the distribution and prevalence of variables, followed by bivariate and multivariate analysis using Poisson regression to assess existing associations. For the dependent variables, means and medians were calculated, and Spearman correlation was used to explore potential associations. Among the 101 women, the majority (70.3%) were over 50 years of age. Mean scores for both sexual function (31.49) and sexual satisfaction (50.50) were low, while body image perception (82.87) was high. Marital status was associated with sexual function in women with breast cancer, with worse sexual function observed among women without a partner ($p=0.031$) and better sexual function among those with a higher level of education ($p=0.04$). Significant relationships were found between certain sociodemographic factors and sexuality in women undergoing breast cancer treatment. The findings underscore the importance of appropriate guidance by healthcare professionals to address sexuality-related issues in this context.

Keywords: Breast Neoplasms. Body Image. Sexuality. Prevalence Study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição de casos e óbitos para os 10 cânceres mais comuns no mundo em 2020 (A) ambos os sexos. A área do gráfico de pizza reflete a proporção do número total de casos ou óbitos; excluindo cânceres de pele não melanoma.....	17
Figura 2 – Modelo hipotético testado de Influência Tripartite da Imagem Corporal.	22
Figura 3 - Fluxograma das etapas de seleção da amostra do estudo.	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população do estudo de acordo com suas características sociodemográficas, clínicas e antropométricas (101).....	35
Tabela 2 - Pontuação média e mediana do questionário QLQ-BR-23 (n = 101).	36
Tabela 3 - Matriz de correlação de Spearman entre o domínio imagem corporal e os domínios função sexual e satisfação sexual.	36
Tabela 4 - Perfil sociodemográfico de mulheres assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo imagem corporal para o câncer de mama.....	38
Tabela 5 - Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo função sexual para o câncer de mama.....	39
Tabela 6 - Perfil sociodemográfico de mulheres assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo satisfação sexual para o câncer de mama.....	40
Tabela 7 - Modelo final de regressão de Poisson, com razões de prevalência bruta e ajustada, intervalos de confiança de 95% e valores p, entre as variáveis selecionadas e função sexual para o câncer de mama em mulheres atendidas em um Centro de Referência Oncológica.....	41
Tabela 8 - Análise bivariada com a variável estado conjugal e grau de instrução estratificada pela idade, valor p e função sexual para o câncer de mama em mulheres atendidas em um Centro de Referência Oncológica.....	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	<i>American Cancer Society</i>
AJCC	American Joint Committee on Cancer
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality</i>
EORTC QLQ-BR23	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality</i>
HER2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor-type 2</i>
GLOBOCAN	<i>Global Cancer Observatory</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Estadiamento Tumoral: T (tumor), N (acometimento linfonodal), M (metástase a distância)
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO	16
2.1 CÂNCER DE MAMA	16
2.1.1 Epidemiologia	16
2.1.2 Etiologia, estadiamento e sobrevida	18
2.1.3 Tratamento	19
2.2 IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE NO CÂNCER DE MAMA	21
2.2.1 Imagem corporal	21
2.2.2 Sexualidade	23
2.3 FATORES ASSOCIADOS NO CÂNCER DE MAMA	24
2.3.1 Fatores sociodemográficos	24
2.3.2 Fatores antropométricos	24
2.3.3 Fatores Clínicos	26
3 JUSTIFICATIVA	27
4 OBJETIVOS	28
5 METODOLOGIA	29
5.1 DESENHO DE ESTUDO	29
5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO	29
5.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	30
5.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	32
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	32
6 RESULTADOS	34
7 DISCUSSÃO	43
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
9 REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	56
ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora referente ao projeto: “Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo	

características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais”	56
ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora referente ao projeto “Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira”	61
ANEXO C - Questionário utilizado para avaliação EORTC QLQ- BR23	65
ANEXO D – Manual do EORTC QLQ-BR23.....	67
APÊNDICES	69
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	69
APÊNDICE B - Questionário utilizado para entrevista face-a-face	70
APÊNDICE C- Questionário utilizado para coleta de dados do prontuário.....	104
APÊNDICE D – Autorização para utilização do EORTC-30 e EORTC-23 (versão inglês).....	151
APÊNDICE E– Autorização para utilização do EORTC-30 e EORTC-23 (versão português).....	152
APÊNDICE F – ARTIGO.....	153

1 INTRODUÇÃO

Câncer é um termo genérico para um grupo de diferentes doenças, que têm em comum o crescimento e a multiplicação anormal e descontrolada das células. Também chamada neoplasia, é uma doença multifatorial, com alta incidência, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade na maioria dos países. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a estimativa para o total de novos casos de câncer de mama no Brasil, durante o período de 2023 a 2025, aproxima-se de 73.610 ocorrências, isso equivale a um índice estimado de 66,54 novos casos a cada 100 mil mulheres (INCA,2023). Destaca-se a grande variação na incidência e na mortalidade entre países, com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) devido exposição a fatores de risco relativos a condições sociais e ao estilo de vida (SUNG *et al.*,2021).

O câncer de mama é a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres no Brasil, sendo a mais frequente em quase todas as regiões brasileiras, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa ainda o primeiro lugar. Em 2019, a taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, foi 14,23 óbitos/100.000 mulheres. As regiões Sudeste e Sul apresentam as taxas mais elevadas (INCA, 2021).

Ressalta-se que mesmo com aumento da incidência nas regiões brasileiras, a sobrevida em longo prazo de mulheres com câncer de mama vem aumentando no Brasil, embora apresentando menores taxas, se comparados a países com maior renda (GUERRA *et al.*,2020). Esse aumento da sobrevida pode ter relação com a melhoria nas condições de tratamento e rastreamento mamográfico (NOGUEIRA *et al.*, 2018).

Os cuidados multidisciplinares no manejo do câncer de mama são necessários, uma vez que podem acontecer várias mudanças, inclusive na sexualidade e imagem corporal, tornando as orientações dos profissionais de saúde essenciais (AMBROSIO; SANTOS, 2020).Mulheres menos satisfeitas com sua imagem corporal após o diagnóstico de câncer de mama têm até 2,5 vezes mais chances de vivenciar problemas sexuais, o que demonstra a importância de abordar sexualidade e imagem corporal de forma concomitante (PANJARI; BELL; DAVIS,2011).

Encontramos na literatura algumas associações da imagem corporal e sexualidade das mulheres com câncer de mama, com fatores sociodemográficos, principalmente relacionado a idade, sendo que mulheres jovens com câncer de mama têm maiores preocupações do que as mais velhas em relação às mudanças na sexualidade, na fertilidade e na imagem corporal (MIAJA, Melina; PLATAS, Alejandra; MARTINEZ-CANNON, Bertha Alejandra,2017). Essas associações também foram encontradas em relação às redes de cuidados de suporte, como estado conjugal, grupos familiares e parceiros, considerados fatores de proteção contra o sofrimento relativo à percepção da imagem corporal e à sexualidade (CAMPBELL-ENNS, Heather; WOODGATE, Roberta, 2015).

Em relação aos fatores clínicos foram encontradas associações relacionando o tratamento mais radical, como a mastectomia, que pode causar uma alteração na percepção da imagem corporal e alterar as relações sexuais por um período significativo (LORRAINE, A.; SHEPPARD, B.; ELY, S, 2008). O tratamento com a hormonioterapia também produz mudanças, como a menopausa induzida pela medicação que pode promover secura vaginal, ondas de calor e ganho de peso, causando alterações na sexualidade e imagem corporal (USSHER, Jane M.; PERZ, Janette; GILBERT, Emilee,2012). O ganho de peso, além de ser um efeito colateral do tratamento, favorece a recorrência do câncer de mama e pode levar a imagens corporais negativas e com isso prejuízos na vida sexual (FAZZINO *et al.*,2015)

A presente dissertação tem como tema o estudo da imagem corporal e sexualidade de mulheres que foram submetidas ao tratamento para câncer de mama, e é apresentado de acordo com as orientações do Departamento de Saúde Coletiva, oferecido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). O trabalho integra um estudo de coorte de base hospitalar, realizada em um centro de referência para atendimento em oncologia nas redes pública e privada em Juiz de Fora, Minas Gerais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob o número de parecer: 3.128.283; CAAE 05341019.5.0000.5147.

Diante desse problema apresentado, com as lacunas presentes na literatura e com a vivência profissional, que demonstra poucas intervenções para as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, em relação a sexualidade e imagem corporal a pesquisa investigou a associação dos fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos sobre a imagem corporal, função sexual e satisfação sexual em mulheres com câncer de mama.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO

2.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos. Alguns tipos se desenvolvem mais rápidos, mas a maioria dos casos quando tratados em tempo oportuno e de forma adequada apresentam bom prognóstico (INCA,2021).

É a neoplasia mais frequente em mulheres. O diagnóstico e o tratamento dessa patologia afetam além do físico, o psicológico e aspectos sociais da vida cotidiana. Esses impactos podem ocorrer no diagnóstico, durante o tratamento e ao longo da sobrevivência (MIAJA; PLATAS; MARTINEZ-CANNON, 2017).

Estudos com mulheres com câncer de mama revelam que fatores como idade, escolaridade, apoio social, estágio da doença e tipos de estratégias utilizadas para o enfrentamento estão associados a melhores condições psicológicas das mulheres após o tratamento (MISHRA; SARANATH, 2019)

Segundo Calderon e colaboradores (2021) mulheres jovens, com um alto nível de escolaridade, que possuem parceiro e que contam com apoio social, apresentaram melhores estratégias para enfrentamento do câncer.

2.1.1 Epidemiologia

De acordo as estimativas do GLOBOCAN 2020, o câncer de mama feminino ultrapassou o câncer de pulmão (11,4%) em relação à maior incidência mundial, correspondendo a 11,7% do total dos casos de câncer incidentes no mundo. Para 2020, foram estimados 2,3 milhões de casos de câncer de mama. Já em relação a mortalidade, o câncer de pulmão continua sendo a principal causa com 18% e mama com 6,4% de todos os óbitos por câncer (Figura 1) (SUNG *et al.*, 2021).

A taxa de incidência padronizada por idade para o Brasil em 1990 e 2017 foi de 29,75 e 41,65 casos novos por 100.000 mulheres, respectivamente. Todos os estados brasileiros apresentaram aumento na taxa de incidência entre 1990

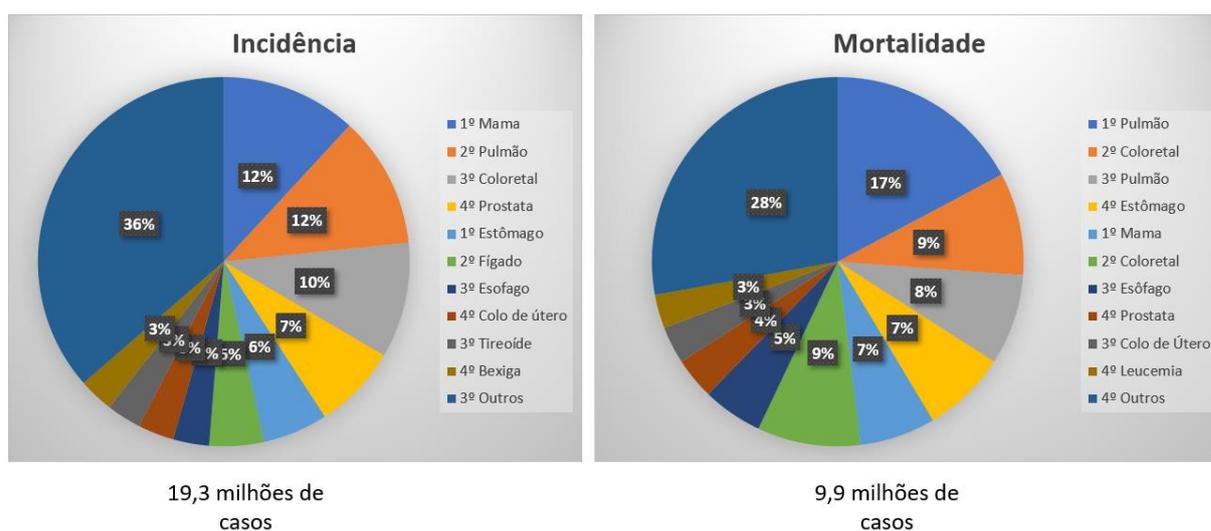
e 2017, com aumento maior para alguns estados das regiões Norte (Amazonas) e Nordeste (Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe e Bahia) (GUERRA *et al.*, 2018).

Quando comparada a incidência de câncer de mama no Brasil com países com maior renda, observamos menor incidência, porém com maior mortalidade. Essa relação pode ser explicada pela maior prevalência de casos diagnosticados em estágio avançado (DOS-SANTOS-SILVA *et al.*, 2019).

Segundo Azevedo *et al.* (2020) mesmo com tendência a aumento da incidência, as taxas de mortalidade diminuíram nas capitais da região Sul de 1990 a 2017 e Sudeste de 1996 a 2017, o que pode ser efeito de melhor acesso ao diagnóstico e tratamento de mulheres residentes nessas capitais.

As ações de saúde pública para o controle do câncer de mama, tem como objetivo diminuir a incidência em países desenvolvidos, com redução da exposição aos fatores de risco modificáveis, como a obesidade, o consumo de álcool e o uso de hormônios femininos; e além disso, para neutralizar as mortes prematuras causadas pelo câncer de mama em países menos desenvolvidos, a implementação de ações de detecção precoce, que englobam o rastreamento e o diagnóstico precoce (HU *et al.*, 2019).

Figura 1 - Distribuição de casos e óbitos para os 10 cânceres mais comuns no mundo em 2020 (A) ambos os sexos. A área do gráfico de pizza reflete a proporção do número total de casos ou óbitos; excluindo cânceres de pele não melanoma.



Fonte: Adaptada GLOBOCAN 2020

2.1.2 Etiologia, estadiamento e sobrevida

A etiologia do câncer de mama é multifatorial, uma vez que pode envolver fatores biológicos, endócrinos, relacionados à vida reprodutiva, ao comportamento e ao estilo de vida. Os fatores de risco comportamentais com evidências mais sólidas incluem ingestão de bebida alcoólica, sobrepeso e obesidade, inatividade física e exposição à radiação ionizante (IARC, 2016).

O estadiamento do câncer de mama descreve o grau de comprometimento loco regional e a distância para outros órgãos. O sistema mais utilizado é o estabelecido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), intitulado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Esse sistema de estadiamento anatômico classifica os tumores com base no tipo de tumor primário (*in situ* ou invasivo) e tamanho (T), presença ou ausência de envolvimento regional dos linfonodos (N) e presença ou ausência de metástases à distância (M). Quando as categorias T, N e M são agrupadas, ficam distribuídas em estádios que variam de I a IV. Estes estádios podem ter subclassificações em A, B e C, para expressar o nível de comprometimento da doença (INCA,2021)

Em relação a sobrevida, apesar das estimativas de cinco anos mostrarem uma tendência de aumento em países desenvolvidos, há uma marcante disparidade entre países e regiões. Segundo o Estudo Concord-3, no Brasil, as estimativas de sobrevida em cinco anos para câncer de mama em mulheres foram de 75,2% para o período de 2010 a 2014, menor dos que os 89,5% observados na Austrália e 90,2% nos EUA. Já na Índia a porcentagem está em níveis mais baixos como 66,1%. (ALLEMANI *et al.*,2018). Tais indicadores podem estar associados aos fatores relacionados ao conhecimento da doença, às dificuldades de acesso das mulheres aos métodos diagnósticos e ao tratamento adequado, resultando no diagnóstico da doença em estágios mais avançados do câncer de mama, responsável por um pior prognóstico (INCA,2019).

2.1.3 Tratamento

Os tratamentos convencionais para câncer de mama incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (SENKUS *et al.*, 2015). O tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente (idade, status menopausa, comorbidades e preferências) (INCA, 2021). O tratamento quando realizado nas fases iniciais da doença tem maior potencial curativo, entretanto se houver evidências de metástase, a terapêutica tem como objetivo prolongar a sobrevida e melhorar qualidade de vida (INCA, 2021).

Existem dois tipos de cirurgias para o tratamento do câncer de mama, a mastectomia e a cirurgia conservadora, concomitante com a abordagem linfonodal (pesquisa de linfonodo sentinela e/ou esvaziamento axilar). A cirurgia conservadora (resseção segmentar da mama) com avaliação do *status* linfonodal axilar pela técnica do linfonodo sentinela deve ser considerada o tratamento-padrão para todas as pacientes em estádios precoces, evitando a dissecação axilar para aquelas com até dois linfonodos sentinelas positivos (BLICHERT-TOFT *et al.*, 2008; FISHER *et al.*, 2002; LITIÈRE *et al.*, 2012; VERONESI *et al.*, 2002).

Entre as mulheres com câncer de mama operável, estudos randomizados de sobrevida global livre de doença demonstraram equivalência entre a mastectomia e a terapia de conservação da mama (AGARWAL *et al.*, 2014; H,ARTMANN-JOHNSEN *et al.*, 2015; HWANG *et al.*, 2013; VAN MAAREN *et al.*, 2016). A indicação de cirurgia conservadora seguida de irradiação total da mama é considerada uma opção padrão para o tratamento do câncer de mama em estágio inicial há mais de 25 anos (DOMINICI *et al.*, 2016).

A radioterapia é um tratamento local, com finalidade adjuvante, cujo objetivo é erradicar qualquer depósito tumoral remanescente após tratamento cirúrgico conservador ou mastectomia (FEIGELSON *et al.*, 2013), no qual se utilizam radiações ionizantes (raios-x, por exemplo), que são um tipo de energia para destruir as células do tumor ou impedir que elas se multipliquem (INCA, 2021). Após cirurgia conservadora da mama a radioterapia deve ser administrada para a maioria das mulheres, incluindo aquelas que receberam

tratamento com quimioterapia neoadjuvante, mesmo que tenham alcançado uma resposta patológica completa ao tratamento (HARTMANN *et al.*, 2001; HUGHES *et al.*, 2013). Algumas poucas exceções para a contra-indicação de tratamento radioterápico adjuvante após cirurgia conservadora são para aquelas pacientes mais idosas, com estágio inicial e com receptores hormonais positivos e que receberão tratamento com terapia hormonal. A radioterapia após mastectomia está indicada visando diminuição na taxa de recorrência locorregional e aumento na sobrevida específica a longo prazo e sobrevida global (CHANDRA *et al.*, 2015; WARREN *et al.*, 2014). O tratamento radioterápico após mastectomia deverá ser indicado em pacientes com tumores de alto risco, que incluem comprometimento linfonodal, extensão extracapsular, invasão da gordura perilinfonodal ou focos de câncer invasivo na gordura axilar (POORTMANS *et al.*, 2015; WHELAN *et al.*, 2015)

Os efeitos colaterais após radioterapia diferem entre as mulheres, sendo os mais comuns linfedema, dificuldade de mobilização de membro superior, fadiga e dores no local (BUDACH *et al.*, 2015). A literatura sugere que estes sintomas podem afetar a qualidade de vida das pacientes principalmente ao que se refere à dor e aos domínios físico e emocional (BRUNAUT *et al.*, 2012).

O tratamento sistêmico será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como das características tumorais que ditarão a terapia mais apropriada. Existe a necessidade de mensuração dos receptores hormonais nos tumores de mama (receptor de estrogênio e progesterona) quando o tratamento com hormonioterapia poderá ser indicada (WOLFF *et al.*, 2013); e também da avaliação da amplificação de HER-2 (fator de crescimento epidérmico 2) (PICCART-GEBHART *et al.*, 2005; CORTAZAR *et al.*, 2014), com possível indicação de terapia biológica anti-HER-2. As pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, o tratamento sistêmico quimioterápico é a modalidade terapêutica inicial (WAKS; WINER, 2019). De acordo com cada finalidade, a quimioterapia pode ser classificada em adjuvante, neoadjuvante ou paliativa (INCA, 2021). Os efeitos colaterais principais incluem fadiga muscular, neutropenia febril, alopecia, aumento de peso, dispneia, dor, náuseas e vômitos (FERREIRA; FRANCO, 2017)

A hormonioterapia é outra modalidade de tratamento sistêmico para câncer de mama, e para sua indicação é necessário a realização da imunohistoquímica para avaliação dos receptores hormonais (Receptor de estrogênio e progesterona) no tumor, consiste em um tratamento de uso prolongado, via oral, em forma de comprimidos para diminuir a produção dos hormônios femininos (INCA, 2021). As terapias endócrinas são conhecidas por seus efeitos adversos, que incluem a função cognitiva reduzida, ondas de calor, dor nas articulações e ressecamento vaginal (CAHIR *et al.*, 2017).

Todas as modalidades de tratamentos podem causar efeitos colaterais, podendo levar a alopecia, secura vaginal, ganho de peso, descoloração da pele ou unha e cicatrizes. Essas mudanças físicas podem ter um impacto negativo na imagem corporal das mulheres durante e/ou após o tratamento do câncer de mama (BRUNET *et al.*, 2013).

2.2 IMAGEM CORPORAL E SEXUALIDADE NO CÂNCER DE MAMA

2.2.1 Imagem corporal

Segundo Schilder (1999), a imagem corporal é, além de uma construção cognitiva, uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interações com os outros. Já para Cash e Pruzinsky (1991) a imagem corporal é uma experiência subjetiva que se refere as percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo e suas experiências.

A imagem corporal tem sido referida como a imagem do próprio corpo que formamos em nossa mente e as características associadas, que incluem a expressão de emoções, imitação, identificação, beleza e aspectos sociais (PATERSON, 2016).

O conceito de imagem corporal é amplo e foi construído ao longo do tempo, tendo a contribuição de vários autores, com diversas percepções e formas de avaliação. É uma das explicações para a grande variedade de instrumentos é que a imagem corporal é multidimensional (KLING *et al.*, 2019).

Existem diversas ferramentas para avaliar a imagem corporal (geral e específica) e algumas específicas para avaliação em mulheres com câncer de

mama. É possível analisar a realizar a avaliação da imagem corporal e a relação com sexualidade, usando o EORTC QLQ-BR23 (Quality of Life Questionnaire — Câncer de Mama) que avalia a qualidade de vida especificamente em pacientes com câncer de mama e compreende 23 questões observando que avaliam a imagem corporal, o funcionamento sexual, o prazer sexual, a perspectiva futura, os efeitos colaterais relacionados à terapêutica local na mama, à abordagem da axila (linfedema no membro superior homolateral) bem como do tratamento sistêmico, principalmente a angústia da queda de cabelo (MONTAGNESE et al.,2021).

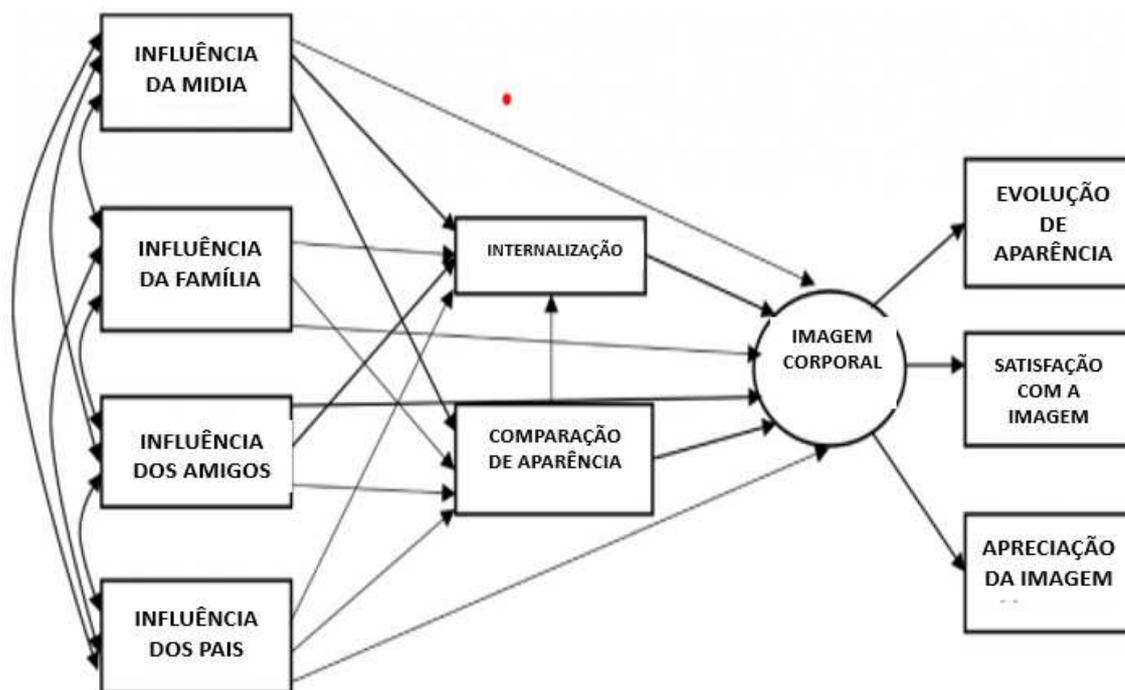
Hopwood *et al.* (2001) identificaram três áreas que são características do conceito complexo de imagem corporal em mulheres que foram tratadas para câncer de mama. Estas incluem as afetivas (sentir-se feminina, sentir-se atraente), comportamentais (evitar as pessoas por causa da aparência) e cognitivas (satisfação com a aparência ou com a cicatriz).

Segundo Buchholz *et al.* (2015) existe uma imagem corporal negativa em mais da metade das mulheres que sobrevivem ao câncer de mama, o que pode afetar negativamente a qualidade de vida dessas mulheres.

Mulheres mais jovens apresentam cânceres de mama mais agressivos, exigindo cirurgias mais radicais, além de tratamentos adjuvantes, como quimioterapia e radioterapia (JOHNSON,2013). No estudo de Kissane *et al.* (2004), observou-se que pacientes com câncer de mama em estágio avançado estavam mais insatisfeitas com sua imagem corporal quando comparadas a pacientes com câncer de mama em estágio inicial.

As preocupações com imagem corporal nas mulheres com câncer de mama são comuns, mas faltam intervenções eficazes para as sobreviventes (LEWIS-SMITH *et al.*, 2018). Lewis-Smith *et al.* (2020) formularam uma adaptação da “Modelo de Influência Tripartite da Imagem Corporal” destacando o efeito direto dos meios de comunicação sobre a imagem corporal das mulheres com câncer de mama (Figura 2)

Figura 2 – Modelo hipotético testado de Influência Tripartite da Imagem Corporal.



Fonte: Lewis-Smith *et al.*, 2020 (Tradução da autora)

2.2.2 Sexualidade

A mama é um órgão glandular que é sensível as mudanças hormonais do corpo (JAGANNATHAN, 2017). É projetada para fornecer nutrição ideal para bebês e para proporcionar prazer sexual para a mulher.

A mama é um símbolo milenar de feminilidade, sexualidade, erotismo, maternidade e identidade feminina. Assim, em um cenário de grandes mudanças devido ao tratamento do câncer de mama é natural que suscite preocupações como o medo da morte, da mutilação da mama e, por conseguinte, das alterações na imagem corporal, que impactam o modo de vivenciar inconscientemente o próprio corpo e a sexualidade (SANTOS; SANTOS; VIEIRA, 2014).

A saúde sexual é um aspecto importante da vida e uma área de preocupação para as mulheres após o tratamento do câncer. É importante que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado destas mulheres abordem tal tema (MORAIS, 2016).

A mastectomia é considerada um dos mais devastadores tratamentos do ponto de vista psicológico e afeta a auto-estima, a feminilidade e a imagem corporal, causando mais traumas do que câncer em si, podendo levar a prejuízos na vida sexual (SUN, 2017).

2.3 FATORES ASSOCIADOS NO CÂNCER DE MAMA

2.3.1 Fatores sociodemográficos

Os autores descrevem que o processo de reelaboração da imagem corporal é influenciado por fatores intrínsecos, como a idade e a importância que a mulher atribui à própria aparência física (SANTOS; VIEIRA, 2011; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; PATERSON *et al*, 2016; DAVIS *et al.*, 2020).

A rede de apoio social também representa um importante papel na vida das mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. O apoio social tem sido apontado como um importante fator protetor e recuperador da saúde da mulher (HOFFMANN, MULLER, FRASSON, 2006; BARBOSA *et al.*, 2004). E imagem corporal tem variadas implicações na vida social, sexual e conjugal (ALMEIDA, GUERRA, FILGUEIRAS, 2012).

O câncer é geralmente visto como uma doença do envelhecimento, e o diagnóstico de câncer de mama pode ser devastador para uma mulher jovem. A faixa etária é uma variável sociodemográfica que vem sendo associada com percepções de imagem corporal e sexualidade em mulheres com câncer de mama. Uma revisão sistemática, mostrou que a imagem corporal é uma preocupação complexa no pós-tratamento do câncer de mama, particularmente nas mulheres mais jovens (PATERSON *et al.*, 2016).

2.3.2 Fatores antropométricos

Para avaliação da composição corporal as medidas de peso e a altura são as duas medidas antropométricas mais usuais na prática clínica e nas pesquisas. Estas medidas são obtidas com equipamentos específicos e amplamente disponíveis (HODGE *et al.*, 2020). Mas, em algumas situações de pesquisa, os

valores autorreferidos são uma forma simples, de baixo custo e que se aplicam a grandes grupos populacionais (FONSECA *et al.*, 2004).

Mulheres com câncer de mama às vezes experimentam mudanças na composição corporal devido a efeitos hormonais e do tratamento e, muitas vezes, tais mudanças na composição do corporal são frequentemente ignoradas (IWASE *et al.*, 2021).

A obesidade é o fator de risco ambiental, de estilo de vida, mais comum para doenças metabólicas. Está associada a um aumento da morbidade e risco de mortalidade para pacientes com câncer de mama (PICON-RUIZ *et al.*, 2017). Segundo De Rezende e colaboradores (2018), o índice de massa corporal (IMC) elevado é responsável por 15.000 (3,8%) de todos os novos casos de câncer diagnosticados no Brasil no ano de 2012.

De acordo com Lee *et al.* (2019), a eficácia dos tratamentos oncológicos é significativamente menor em sobreviventes do câncer de mama obesas, apresentando maiores desafios no atendimento ao paciente e gerenciamento de doenças nesta população de pacientes.

O estigma da obesidade resulta em medo, fatalismo, alienação, baixa autoestima e constrangimento, o que contribui para a menor adesão às diretrizes de rastreamento e tratamento (HUM *et al.*, 2016).

Tanto a obesidade quanto a alopecia decorrente do tratamento, afetam a aparência física e levam a mudanças no comportamento sexual, assim como a mastectomia. Esses eventos adversos causam prejuízo à imagem corporal, a partir da interpretação que ela faz ou, ainda, por meio da sua interação social com seu companheiro (MAIRINK *et al.*, 2020).

Em um estudo de coorte retrospectivo, 55% de sobreviventes de câncer de mama relataram que o controle de peso foi mais difícil após o tratamento. Essas mulheres relataram piores pontuações de imagem corporal e mais angústia quando comparadas a mulheres sem desafios relacionados ao peso, mesmo ao controlar possíveis fatores de confusão, como idade, saúde mental e física, companheiro e procedimento cirúrgico (RAGGIO *et al.*, 2014).

2.3.3 Fatores Clínicos

Alguns estudos evidenciam que o tratamento cirúrgico, especialmente a mastectomia sem reconstrução da mama e a alopecia que acontece após o tratamento sistêmico, produzem grandes impactos na imagem corporal e, conseqüentemente, na função sexual das mulheres com câncer de mama (SANTOS; VIEIRA, 2011; ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; PATERSON *et al*, 2016; DAVIS *et al.*, 2020).

A reconstrução da mama na imagem corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama foi explorada em uma meta-análise e identificou que a reconstrução da mama produz melhores efeitos na imagem corporal quando comparado a mulheres sem reconstrução, mas não superou a imagem corporal de mulheres submetidas a cirurgia conservadora (FANG *et al.*, 2013).

Um estudo transversal demonstrou que as mulheres que realizaram a mastectomia relataram uma função sexual significativamente pior, maiores sintomas depressivos e imagem corporal inferior do que aquelas que fizeram mastectomia com reconstrução (ARCHANGELO *et al.*, 2019)

3 JUSTIFICATIVA

O câncer de mama é um problema de saúde pública por ser a neoplasia mais incidente, excetuando-se o câncer de pele não melanoma, e de maior mortalidade em mulheres (INCA, 2019; Sung *et al.*, 2021). As preocupações com a imagem corporal e a sexualidade são comuns, intensas e angustiantes para as pacientes com câncer de mama (HOYLE; KILBREATH; DILKE, 2022) e representam um grande desafio em um contexto de aumento da sobrevida.

Apesar da relevância da imagem corporal e sexualidade nas mulheres que são submetidas ao tratamento de câncer de mama, há poucos estudos que avaliam a relação com as variáveis antropométricas, sociodemográficas e clínicas. O trabalho busca fornecer subsídios para aumentar a capacidade do profissional de saúde em compreender as queixas da paciente e sua história sexual, podendo ter impacto positivo na evolução delas. Além de intervenções preventivas e multidisciplinares para minimizar o impacto da doença e respectivo tratamento na imagem corporal e sexualidade.

Almeja-se encontrar resultados que possam subsidiar o delineamento de intervenções para difundir informações voltadas para as mulheres com câncer de mama e auxiliar no desenvolvimento de decisões estratégicas quanto à implementação e adequação das políticas públicas de saúde sobre o controle e a qualidade de vida relacionada ao câncer de mama.

4 OBJETIVO

Investigar a associação dos fatores sociodemográficos e clínicos com a imagem corporal, a função sexual e a satisfação sexual em mulheres sobreviventes ao câncer de mama.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e analítico, desenvolvido no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo, que envolve uma coorte de mulheres sobreviventes ao câncer de mama assistidas em serviços de oncologia da cidade de Juiz de Fora - MG.

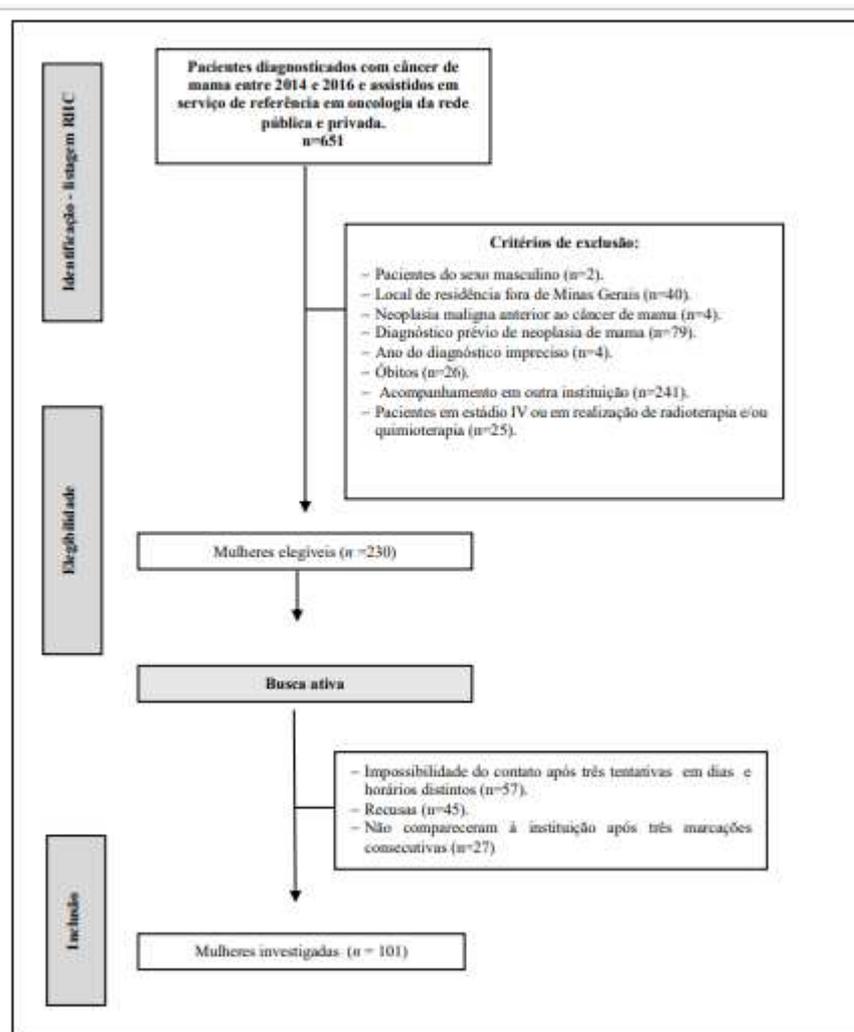
5.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada com uma população de mulheres acima de 18 anos que receberam o diagnóstico de câncer de mama no período entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016 e faziam acompanhamento em centros de referência em oncologia nas redes pública e privada de Juiz de Fora. A coleta de dados foi realizada nos serviços de oncologia do Hospital 9 de Julho e Instituto Oncológico. As mulheres elegíveis foram convidadas a responder um questionário face a face, aplicado por pesquisadores previamente treinados da área da saúde.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou o total de 230 mulheres elegíveis para o estudo, a estimativa de prevalência de distúrbios na qualidade de vida e seus domínios de 50%, erro de 8% e intervalo de confiança de 95%, resultando na inclusão de pelo menos 92 participantes. Admitindo-se 20% de perda, fez-se necessário o recrutamento de pelo menos 111 participantes.

Com isso foi realizado recrutamento das 230 mulheres elegíveis até atingir o tamanho amostral estimado. Para 57 mulheres não foi possível estabelecer contato telefônico em, pelo menos, três tentativas realizadas em dias e horários alternados, 45 mulheres se recusaram a participar da coleta de dados e 27 não compareceram ao recrutamento mesmo tendo confirmado a presença em, pelo menos, três agendamentos por contato telefônico em diferentes dias. A amostra final foi então constituída por 101 mulheres (figura 3).

Figura 3 - Fluxograma das etapas de seleção da amostra do estudo.



Fonte: Campos, 2022.

5.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Na coleta de dados, utilizaram-se questionários aplicados face a face, por pesquisadores previamente treinados, em local reservado e individualizado, um formulário eletrônico, editado no aplicativo KoBo Tollbox (versão 1.4.3; KoBo Tollbox, EUA), por meio de tablets com sistema operacional Android (Google, Inc, Mountain View, Califórnia, EUA). Foram investigadas questões sociais,

demográficas e econômicas, além de questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento da doença, além de dados antropométricos relatados. Os questionários utilizados nesta pesquisa encontram-se nos Apêndices A e B, respectivamente.

Para avaliar a imagem corporal e a sexualidade das mulheres com câncer de mama utilizou-se o questionário (EORTC QLQ-BR23), desenvolvido e validado pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento de Qualidade de Vida Específica do Câncer de Mama (EORTC). Para atender aos objetivos deste estudo, os domínios utilizados foram aqueles que avaliam a imagem corporal (questões 39 a 42), a função sexual (desejo e frequência, perguntas 44 e 45, respectivamente) e a satisfação sexual (questão 46). As respostas referem-se às quatro semanas anteriores da data da entrevista e são pontuadas em uma escala do tipo Likert (1: nada; 2: um pouco; 3: bastante; e 4: muito). De acordo com o manual disponibilizado pelo grupo EORTC, o número total de pontos é, em seguida, convertido em pontuações que variam de 0 a 100, categorizadas em maiores ou menores que 50. Nos domínios analisados, quanto maior a pontuação, melhor o resultado em termos de qualidade de vida. O questionário utilizado encontra-se descrito no apêndice A.

Para utilização do questionário de qualidade de vida, a equipe de pesquisa solicitou aos autores da versão original e da versão traduzida e validada para a população brasileira, a autorização para a aplicação do questionário como instrumento de coleta (apêndices D e E).

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

Sociodemográficas: ocupação – trabalha (sim; não); situação conjugal (sem companheiro; com companheiro); grau de instrução (\leq ensino fundamental, \leq ensino médio e \geq superior); faixa etária (\leq 49 anos e \geq 50 anos; cor da pele (branca e não branca); e tipo de assistência (privada e pública).

Clínicas: Tempo entre o diagnóstico e a entrevista (menos ou mais de 4 anos); estado nutricional (eutrofia; sobrepeso); presença de comorbidades, mediante registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante (sim, não); estadiamento (inicial – 0 e I, II e avançado - III); intervenção cirúrgica (setorectomia; mastectomia com ou sem reconstrução); tratamento realizado (quimioterapia; radioterapia; hormonioterapia).

5.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Foi realizada uma análise descritiva para conhecer a distribuição e a prevalência das variáveis, seguida da análise bivariada, considerando-se como variáveis dependentes a imagem corporal, a função sexual e a satisfação sexual. As variáveis preditoras foram as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas. A regressão de Poisson foi utilizada na análise bivariada e multivariada para avaliar as associações existentes, considerando-se estatisticamente significantes as que apresentaram $p \leq 0,05$. No caso das variáveis dependentes, foram calculadas a média e a mediana. Para explorar as possíveis associações existentes foi utilizada a correlação de Spearman. Também foi realizado uma análise bivariada com estratificação da idade, para visualizar e explorar as associações entre as duas variáveis significativas na análise multivariada, examinando como as frequências ou proporções das categorias variam em cada combinação, de modo a identificar padrões, tendências e diferenças na estratificação da idade. As análises foram processadas no software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (versão 20.0, IBM Corp., Estados Unidos) e no software STATA® (versão 13.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América), admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo intitulado “Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o número de parecer: 3.128.283; CAAE 05341019.5.0000.5147 (ANEXO A).

Por estar inserido em um projeto maior denominado “Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira”, também se encontra, na

seção de anexos, a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob número de parecer 2.038.397; CAAE 045757.4.0000.5147 (ANEXO B).

6 RESULTADOS

A amostra foi composta por 101 mulheres que participaram de entrevistas agendadas previamente nos serviços de referência em oncologia da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Em relação às características sociodemográficas, a maioria das mulheres tinha 50 anos ou mais (70,3%), trabalhava (82,2%), apresentava companheiro (55,4%), tinha mais de 8 anos de estudo completos (59,4%), era da raça branca (71,2%), e realizou o tratamento na assistência pública (55,4%). As características antropométricas demonstraram que 64,4% das mulheres apresentaram sobrepeso. Uma porcentagem de 66,3% das mulheres relatou apresentar comorbidades, assim consideradas de acordo com a existência ou não de registro no prontuário, ou quando mulher confirmava pelo menos uma outra doença concomitante, como por exemplo, hipertensão, cardiopatia, diabetes, dislipidemia, ou alguma outra doença relatada. Em relação à cirurgia, 64,4% realizaram a setorectomia. Quando responderam à entrevista, 56 mulheres (55,4%) receberam o diagnóstico havia menos de 4 anos. Relativamente ao estágio da doença, 42,6% mulheres estavam no estadiamento II no momento do diagnóstico e, em relação ao tratamento, 87,1% das mulheres realizaram hormonioterapia, 85,1% radioterapia e 68,3% quimioterapia. (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da população do estudo de acordo com suas características sociodemográficas e clínicas (101).

Características sociodemográficas antropométricas e clínicas	N	%
Faixa etária		
≤49 anos	30	29,7
≥50 anos	71	70,3
Ocupação		
Trabalha	77	82,2
Não trabalha	16	17,2
Estado Conjugal		
Com companheiro	56	55,4
Sem companheiro	45	44,6
Grau de instrução		
≤Fundamental completo	41	40,5
≤Ensino médio completo	30	29,7
≥Superior completo	30	29,7
Cor da pele		
Branca	72	71,2
Não branca	29	29,7
Tipo de assistência		
Privada	45	44,5
Publica	56	55,4
IMC		
Eutrofia	33	35,1
Sobrepeso (>24,99)	61	64,8
Comorbidades		
Sim	67	66,3
Não	34	33,7
Tempo de diagnóstico		
Mais que 4 anos	45	44,6
Menos que 4 anos	56	55,4
Estadiamento		
(0 e I)	36	35,6
(II)	43	42,6
(III)	22	21,8
Tipo de Cirurgia		
Setorectomia	65	64,4
Mastectomia com e sem reconstrução	35	34,7
Tratamentos realizados		
Quimioterapia	69	68,3
Radioterapia	86	85,1
Hormonioterapia	88	87,1

N:frequência, %: porcentagem

Foram observadas pontuações relativamente baixas nas áreas de função sexual (31,49) e satisfação sexual (50,50) e a percepção da imagem corporal foi avaliada como alta, com uma pontuação média de 82,87. Cabe ressaltar que no questionário EORTC BR 23, nas escalas funcionais, a correlação é positiva, quanto maiores forem os escores, melhor será a qualidade de vida relatada pelo paciente (Tabela 2).

No entanto, é importante ressaltar que, devido a diferentes razões individuais, 42 mulheres na amostra não tiveram relações sexuais nas últimas quatro semanas. Portanto, apenas 59 mulheres responderam ao item relacionado à satisfação sexual, o que corresponde a 58,4%.

Tabela 2 - Pontuação média e mediana do questionário QLQ-BR-23 (n = 101)

Variável	Média (DP)	Mediana
Imagem Corporal *	82,59 (24,83)	91,66
Função Sexual *	30,03 (30,55)	33,33
Satisfação Sexual *	50,50 (38,75)	66,66

Fonte: Dados da pesquisa

*Maiores escores, melhor qualidade de vida.

Não houve correlação entre imagem corporal e qualquer um dos outros domínios associados com a sexualidade, ou seja, a percepção que as participantes tinham do próprio corpo não demonstrou conexões significativas com os demais aspectos relacionados à sua vivência sexual (Tabela 3).

Tabela 3 - Matriz de correlação de Spearman entre o domínio imagem corporal e os domínios função sexual e satisfação sexual

	Função Sexual	Satisfação Sexual
Imagem Corporal		
<i>R</i>	-,038	0,029
<i>P-valor</i>	0,353	0,415

r: coeficiente de correlação de Spearman; valor p ($p < 0,05$) significante. Domínios avaliados pelo questionário QLQ-BR-23.

As Tabelas 4 e 6 apresentam a relação dos desfechos de imagem corporal e satisfação sexual, respectivamente e não foram identificadas associações significativas entre os fatores analisados e esses desfechos. Isso indica que os

fatores investigados não apresentaram uma relação estatisticamente significativa com a imagem corporal e a satisfação sexual das participantes.

Contudo, foram identificadas algumas associações significativas ligadas à função sexual (Tabela 5). Mulheres com idade superior a 50 anos ($p=0,04$), sem parceiro ($p=0,031$) e sem atividade laboral ($p=0,018$) evidenciaram um desempenho sexual mais comprometido. Por outro lado, aquelas com ensino médio completo ($p=0,050$) exibiram uma função sexual mais satisfatória em comparação com aquelas que tinham apenas ensino fundamental completo.

Tabela 4. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo imagem corporal.

Variáveis	N	IMAGEM CORPORAL		RP	IC	p valor
		Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)			
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Faixa etária						
≤ 49 anos	30	25(28,0)	5 (41,6)			
≥50 anos	71	64(71,9)	7 (58,3)	1,08	0,90-1,29	0,388
Situação conjugal						
Com companheiro	56	48 (53,9)	8 (66,6)			
Sem companheiro	45	41 (46,7)	4 (33,3)	1,06	0,92 – 1,22	0,397
Grau de instrução						
≤Fundamental completo	41	37 (41,5)	4 (33,3)			
≤Ensino médio	30	26 (29,2)	4 (33,3)	0,96	0,80 – 1,14	0,648
≥Superior completo	30	26 (29,2)	4 (33,3)	0,96	0,80 - 1,14	0,648
Situação ocupacional						
Trabalha	77	66 (81,4)	11 (91,6)			
Não trabalha	16	15 (18,5)	1 (8,3)	1,14	0,95 -1,36	0,134
Cor da pele						
Branca	72	64(71,9)	8(66,6)			
Não branca	29	25 (28,0)	4(33,3)	0,96	0,82-1,14	0,720
Tipo de assistência						
Privada	45	41(46,0)	4(33,3)			
Publica	56	48 (53,9)	8(66,6)	0,94	0,81- 1,08	0,397
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS						
IMC						
Eutrofia	33	31 (36,4)	2 (22,2)			
Sobrepeso	61	54 (63,5)	7 (77,7)	1,09	0,90 – 1,33	0,361
Comorbidades*						
Sim	67	61 (68,5)	6 (50,0)			
Não	34	28 (31,4)	6 (50,0)	0,90	0,76 – 1,07	0,257
Tempo de diagnóstico						
Mais que 4 anos	45	37 (41,5)	8 (66,6)			
Menos que 4 anos	56	52 (58,4)	4 (33,3)	1,12	0,96 – 1,31	0,124
Estadiamento						
0 e I	36	33 (37,0)	3 (25,0)			
II	43	37 (41,5)	6 (50,0)	0,93	0,80 - 1,09	0,428
III	22	19 (21,3)	3 (25,0)	0,94	0,77 – 1,14	0,547
Cirurgia						
Setorectomia	65	59 (67,0)	6 (50,0)			
Mastectomia	35	29 (32,9)	6 (50,0)	0,91	0,76 -1,08	0,294
Hormonioterapia						
Sim	88	77(86,5)	11(91,6)			
Não	12	11(12,3)	1(8,3)	1,04	0,86-1,26	0,629

RP: Razão de prevalência, IC: Intervalo de confiança. Valor de p ($p < 0,05$) significante. As diferenças totais são justificadas pela ausência de informação.

* Registro no prontuário de comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outros.

Tabela 5. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer de mama assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo função sexual para o câncer de mama.

Variáveis	N	FUNÇÃO SEXUAL		RP	IC	p valor
		Moderado/alto (%)	Pouco/baixo (%)			
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Faixa etária						
≤ 49 anos	30	10 (47,6)	20 (25,0)			
≥ 50 anos	71	11 (52,3)	60 (75,0)	0,46	0,22 – 0,98	0,044
Situação conjugal						
Com companheiro	56	16 (76,1)	38 (47,5)			
Sem companheiro	45	5 (23,8)	42 (52,4)	0,33	0,19 – 0,56	0,031
Grau de instrução						
≤ Fundamental completo	41	4 (19,0)	37 (46,2)			
≤ Ensino médio	30	9 (42,8)	21 (26,2)	1,90	1,19 – 3,04	0,050
≥ Superior completo	30	8 (38,1)	22 (27,5)	1,41	0,83 - 2,04	0,198
Situação ocupacional						
Trabalha	77	21 (100)	56 (77,7)			
Não trabalha	16	0 (0)	16 (22,2)	0,47	0,25 – 0,88	0,018
Cor da pele						
Branca	72	15(71,4)	57(71,2)			
Não branca	29	6 (28,5)	23(28,7)	0,99	0,42- 2,31	0,987
Tipo de assistência						
Privada	45	11(52,3)	34 (42,5)			
Publica	56	10 (47,6)	46(57,5)	0,73	0,33 – 1,56	0,421
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS						
IMC						
Eutrofia	33	8 (42,1)	25 (33,3)			
Sobrepeso	61	11(57,8)	50 (66,6)	0,81	0,54– 1,22	0,321
Comorbidades[⊠]						
Sim	67	13 (61,9)	54(67,5)			
Não	34	8 (38,1)	26(32,5)	1,17	0,79 – 1,73	0,414
Tempo de diagnóstico						
Mais que 4 anos	45	11 (52,3)	34 (42,5)			
Menos que 4 anos	56	10 (47,6)	46 (57,5)	1,19	0,78 – 1,83	0,400
Estadiamento						
0 e I	36	7 (33,3)	29 (36,2)			
II	43	8 (38,1)	35 (43,7)	0,93	0,60 – 1,44	0,765
III	22	6 (28,5)	16 (20,0)	0,91	0,51 – 1,61	0,757
Cirurgia						
Setorectomia	65	14 (66,6)	51 (64,5)			
Mastectomia	35	7 (33,3)	28 (35,4)	0,72	0,45 – 1,14	0,169
Hormonioterapia						
Sim	88	17(80,9)	71(89,8)			
Não	12	4(19,0)	8(10,1)	1,72	0,69-4,29	0,241

RP: Razão de prevalência, IC: Intervalo de confiança. Valor de p (p<0,05) significante. As diferenças totais são justificadas pela ausência de informação.

⊠ Registro no prontuário de comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outros.

Tabela 6. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo satisfação sexual para o câncer de mama.

Variáveis	N	SATISFAÇÃO SEXUAL			p valor	
		Moderado/alto (%)	Pouco/baixo (%)	RP		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Faixa etária						
≤ 49 anos	30	11 (34,3)	11 (40,7)			
≥ 50 anos	71	21 (65,3)	16 (59,2)	1,13	0,68 – 1,87	0,625
Situação conjugal						
Com companheiro	44	24 (75,0)	20 (74,0)			
Sem companheiro	15	8 (25,0)	7 (25,9)	0,97	0,56– 1,69	0,936
Grau de instrução						
≤Fundamental completo	19	10 (31,2)	9 (33,3)			
Ensino médio	23	11 (34,3)	12 (44,4)	0,90	0,49 – 1,67	0,758
≥Superior completo	17	11 (34,3)	6 (22,2)	1,22	0,70 – 2,14	0,468
Situação ocupacional						
Trabalha	47	28 (90,3)	19 (82,6)			
Não trabalha	7	3 (9,6)	4 (17,3)	0,71	0,29 – 1,76	0,471
Cor da pele						
Branca	46	24 (75,0)	22 (81,4)			
Não branca	13	8 (25,0)	5 (18,5)	1,26	0,79 -2,01	0,326
Tipo de assistência						
Privada	28	17 (53,1)	11(40,7)			
Publica	31	15(46,8)	16 (59,2)	0,79	0,49 – 1,28	0,348
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS						
IMC						
Eutrofia	21	14 (46,6)	7 (25,9)			
Sobrepeso	36	16 (53,3)	20 (74,0)	0,66	0,41 – 1,07	0,097
Comorbidades[⊠]						
Sim	37	19 (59,3)	18 (66,6)			
Não	22	13 (40,6)	9 (33,3)	1,15	0,71 – 1,84	0,560
Tempo de diagnóstico						
Mais que 4 anos	27	15 (46,8)	12 (44,4)			
Menos que 4 anos	32	17 (53,1)	15 (55,5)	0,95	0,59 – 1,53	0,853
Estadiamento						
0 e I	24	13 (40,6)	11 (40,7)			
II	25	15 (46,8)	10 (37,0)	1,10	0,67 – 1,81	0,684
III	10	4 (12,5)	6 (22,2)	0,73	0,31 – 1,72	0,485
Cirurgia						
Setorectomia	57	21 (65,6)	20 (74,0)			
Mastectomia	2	11 (34,3)	7 (25,9)	1,19	0,73 – 1,92	0,469
Hormonioterapia						
Sim	48	26 (81,2)	22 (84,6)			
Não	10	6 (18,7)	4 (15,3)	1,10	0,62 -1,96	0,727

RP: Razão de prevalência, IC: Intervalo de confiança. Valor de p (p<0,05) significante. As diferenças totais são justificadas pela ausência de informação.

⊠ Registro no prontuário de comorbidades como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outros.

Os resultados da análise multivariada, cujo propósito é identificar os fatores independentemente ligados à função sexual em mulheres com câncer de mama, sugerem que o estado conjugal emerge como um elemento associado à

função sexual. Uma notável descoberta foi a deterioração da função sexual entre mulheres sem um parceiro ($p=0,042$), indicando que a ausência de companhia pode ter um impacto adverso nessa esfera. Além disso, o nível de instrução exibiu uma tendência a uma associação estatisticamente significativa com a função sexual ($p=0,053$), insinuando que mulheres com maior escolaridade demonstraram escores superiores na dimensão sexual (Tabela 7).

No entanto, é importante ressaltar que essa associação não atingiu o nível de significância estatística estabelecido, mas pode indicar uma relação potencialmente relevante entre escolaridade e a função sexual.

Tabela 7. Modelo final de regressão de Poisson, com razões de prevalência bruta e ajustada, intervalos de confiança de 95% e valores p, entre as variáveis selecionadas e função sexual em mulheres com câncer de mama atendidas em um Centro de Referência Oncológica.

Variáveis	FUNÇÃO SEXUAL-BR23					
	RP bruta	(IC 95%)	p-valor	RP ajustada	(IC 95%)	p-valor
Situação conjugal						
Com companheiro	1			1		
Sem companheiro	0,33	0,19-0,56	0,031	0,37	0,14- 0,96	0,042
Grau de instrução						
≤Fundamental completo	1			1		
≤Ensino médio	1,90	1,19 -3,04	0,050	2,39	0,80-7,13	0,118
≥Superior completo	1,41	0,83 - 2,04	0,198	2,90	0,98-8,54	0,053

RP: razão de prevalência bruta. IC: Intervalo de confiança. RP: razão de prevalência ajustada. Valor de p ($p<0,05$) significativo. As diferenças totais são justificadas pela ausência de informação* Análise realizada sem estratificação por blocos.

Na análise que investigou a relação entre o estado conjugal, grau de instrução e a função sexual, estratificada pela idade, os resultados indicam que as mulheres com 50 anos ou mais, sem companheiro, apresentaram pior função sexual ($p=0,014$). Essa associação sugere que a ausência de um parceiro afeta negativamente a função sexual nessa faixa etária específica (Tabela 8).

Em relação ao grau de instrução, observou-se que as mulheres mais jovens e com pelo menos o ensino médio completo apresentaram uma melhor função sexual ($p=0,014$). Essa descoberta sugere que a instrução de nível intermediário pode influenciar positivamente a função sexual, principalmente entre as mulheres mais jovens (Tabela 8).

Tabela 8. Análise bivariada com a variável estado conjugal e grau de instrução estratificada pela idade, valor p e função sexual em mulheres com câncer de mama atendidas em um Centro de Referência Oncológica.

FAIXA ETÁRIA	Variáveis	N	FUNÇÃO SEXUAL		p-valor
			Moderado/alt o (%)	Pouco/bai xo (%)	
	Situação conjugal				
≤49 ANOS	Com companheiro	20	7 (70,0)	13 (65,0)	0,784
	Sem companheiro	10	3 (30,0)	7 (35,0)	
	Grau de instrução				
	≤Ensino fundamental	8	0 (0,0)	8 (40,0)	0,014
	≥Ensino médio	13	4 (40,0)	9 (45,0)	
	≥Superior completo	9	6 (60,0)	3 (15,0)	
	Situação conjugal				
≥50 ANOS	Com companheiro	34	9 (81,8)	25 (41,6)	0,014
	Sem companheiro	37	2 (18,1)	35 (58,3)	
	Grau de instrução				
	≤Ensino fundamental	33	4 (36,3)	29 (48,3)	0,185
	≥Ensino médio	17	5 (45,5)	12 (20,0)	
	≥Superior completo	21	2 (18,1)	19 (31,6)	

Valor de p ($p < 0,05$) significativa. As diferenças totais são justificadas pela ausência de informação. * Análise realizada sem estratificação por blocos.

7 DISCUSSÃO

O câncer de mama é considerado uma doença rara nas mulheres jovens, com aumento da incidência correlacionado a idade, sendo que a maioria dos casos ocorre a partir dos 50 anos (INCA, 2019). A maioria das mulheres deste estudo (70,3%) estava acima de 50 anos, faixa etária de maior prevalência do câncer de mama.

Outra característica sociodemográfica de destaque na amostra deste trabalho é a escolaridade. Notavelmente, apresentamos uma amostra em que 29,7% das mulheres têm ensino superior, percentual superior à média da população brasileira. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas cerca de 16,5% da população brasileira com idade entre 25 e 64 anos têm ensino superior completo (IBGE,2021).

No que diz respeito aos padrões de vida, é relevante destacar que 64,8% das mulheres pesquisadas apresentaram sobrepeso. Conforme afirmado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), a obesidade e o excesso de peso representam fatores de risco para o surgimento do câncer de mama. Isso enfatiza a necessidade de medidas preventivas para o câncer de mama, incluindo modificações dos hábitos alimentares (IARC, 2016).

Identificamos escores baixos nos domínios relacionados à sexualidade, enquanto observamos uma pontuação elevada no âmbito da imagem corporal nas escalas do EORTC-BR23. Resultados semelhantes foram constatados por Moraes e colaboradores em um estudo realizado em Goiás, envolvendo 77 mulheres que haviam completado o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico do câncer de mama (MORAIS, 2016). Similarmente, um estudo conduzido em Curitiba, com 48 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, também evidenciou uma redução na função sexual dentro desse grupo (GARCIA *et al.*, 2017).

A presença de escores reduzidos no âmbito da função sexual pode ser atribuída, em parte, à complexidade e sensibilidade do tópico para algumas mulheres. Muitas vezes, esse tema é difícil de ser discutido e carrega consigo estigmas sociais e culturais, corroborados também pelo estudo conduzido por Garcia *et al.* (2017).

Outro aspecto de significativa relevância ao abordar a sexualidade em nossa amostra é a faixa etária predominante das mulheres. A maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de mama se encontra após a menopausa, e o estado menopausal emerge como uma variável crucial para a discussão da sexualidade, uma vez que, nesse estágio da vida, muitas mulheres já experimentam uma redução da expressão sexual (PERES, 2023).

Isso pode estar relacionado as alterações hormonais naturais decorrentes do envelhecimento podem resultar em sintomas que levam à diminuição da função sexual em mulheres mais velhas (MAYER *et al.*, 2018).

Em relação às pontuações elevadas nos domínios de imagem corporal, é possível estabelecer conexões com diversos fatores, incluindo o tipo de procedimento cirúrgico. Vale mencionar que a maioria das mulheres em nosso estudo (64,4%) passou pela setorectomia. As mudanças na percepção da imagem corporal surgem como resultado de alterações visíveis ocorridas externamente, particularmente ligadas à retirada do tecido mamário e à presença subsequente de cicatrizes, bem como à perda de sensibilidade na mama, mamilos e pele. Essas transformações são mais visíveis e impactantes em mulheres que passaram por mastectomia (HUNGR; VARELA; BOBER, 2017).

Um estudo conduzido em Mato Grosso, que também utilizou o questionário EORTC-BR23, examinou 17 voluntárias, todas submetidas a mastectomias radicais. Nessa pesquisa, as pontuações relacionadas à imagem corporal foram notavelmente baixas, sendo que as participantes associaram o procedimento cirúrgico como um fator determinante para a manifestação de problemas na autoimagem, frequentemente acompanhados por distúrbios na sexualidade (MIRANDA, 2022).

Os nossos resultados destacam a importância de considerar o estado conjugal, a faixa etária e o nível educacional ao analisar a função sexual das mulheres com câncer de mama. A ausência de um companheiro afetou negativamente a função sexual em mulheres mais velhas, enquanto um nível mais elevado de educação mostrou uma associação positiva com a função sexual, principalmente entre as mulheres mais jovens.

Os resultados indicam que a situação conjugal é um fator importante associado à função sexual nessas mulheres. Foi observado que aquelas sem

companheiro apresentaram uma pior função sexual em comparação com aquelas que têm companheiro, e essa associação foi estatisticamente significativa ($p=0,042$). Esses achados sugerem que o apoio emocional e a presença de um parceiro podem desempenhar um papel relevante na função sexual durante o tratamento do câncer de mama (DE OLIVEIRA SANTOS, 2020).

Em relação ao grau de instrução, embora a associação não tenha atingido significância estatística ($p=0,053$), houve uma tendência indicando que mulheres com maior escolaridade tiveram uma tendência de melhoria na função sexual em comparação com aquelas com menos de 8 anos de estudo. Isso sugere que a educação pode desempenhar um papel positivo na qualidade da função sexual em mulheres com câncer de mama, embora mais estudos sejam necessários para confirmar essa relação. Mulheres com pelo menos oito anos de educação formal apresentaram escores mais altos na escala de função sexual do QLQ-BR23. Tais resultados são condizentes com os de um estudo conduzido na Polônia, em que nas 350 mulheres diagnosticadas com câncer de mama identificou-se que aquelas com maior nível de escolaridade também apresentavam níveis mais elevados de qualidade de vida (KONIECZNY *et al.*, 2021).

O câncer de mama assume uma relevância inegável, dado o considerável impacto que exerce sobre diversos aspectos da qualidade de vida. Diante disso, torna-se crucial adotar medidas voltadas ao diagnóstico precoce, elaborar abordagens terapêuticas mais aprimoradas e implementar intervenções de suporte direcionadas à redução dos sintomas da doença e à melhoria do bem-estar global das mulheres afetadas. Tais ações desempenham um papel indispensável na oferta de uma abordagem abrangente e eficaz no manejo da condição.

Este estudo possui uma limitação relacionada à metodologia de aplicação do questionário empregado, o EORTC-BR23. Este questionário é validado para uso no Brasil e é específico para mulheres com câncer de mama. Contudo, nos domínios que abordam a satisfação sexual, o questionário abrange somente as últimas quatro semanas, o que deu origem a algumas respostas em branco. Isso ocorreu em virtude de algumas mulheres não terem mantido relações sexuais durante esse período.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados constituem um chamado à reflexão sobre a necessidade de políticas públicas que incorporem estratégias voltadas à consideração da imagem corporal e da sexualidade, sendo a sexualidade a dimensão de maior impacto identificado. Essas são questões frequentemente negligenciadas durante o tratamento do câncer de mama e exigem uma abordagem mais enfática por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado dessas pacientes.

Ressaltam ainda a importância de se considerar fatores psicossociais, como a situação conjugal, e fatores educacionais ao avaliar a função sexual em mulheres com câncer de mama. Uma abordagem que leve em consideração tanto os aspectos médicos quanto os aspectos emocionais e sociais pode ser fundamental para melhorar a qualidade de vida sexual dessas mulheres.

Também é reforçado por esse estudo a importância da equipe multidisciplinar no atendimento na atenção primária, com aplicação de medidas de prevenção do câncer de mama, como as modificações dos hábitos de vida.

A discussão sobre sexualidade durante o tratamento do câncer ainda permanece tabu para algumas mulheres. É um tópico que raramente recebe atenção durante o atendimento a essas pacientes e que se modifica ao longo do tratamento. Por essa razão, a capacitação dos profissionais de saúde para abordar esse assunto em consultas é de suma importância. Além disso, podem ser criados grupos de apoio que ofereçam intervenções voltadas para a valorização do cuidado com o corpo dessas mulheres.

É imperativo que os profissionais de saúde estejam capacitados a abordar a temática da sexualidade com mulheres em tratamento para o câncer de mama. Isto é particularmente crucial à luz do aumento da sobrevida associada a essa doença, tendo em vista a elevada prevalência dessa condição. Muitas mulheres, após o diagnóstico, vivem por um extenso período como sobreviventes do câncer de mama. Para assegurar que essas mulheres mantenham sua qualidade de vida nessa jornada, é essencial reforçar uma abordagem ampliada de cuidado integral durante o tratamento. Além disso, é fundamental que essas pacientes compreendam que podem continuar a desfrutar de atividades sexuais durante e após o diagnóstico, respeitando suas necessidades e desejos individuais.

9 REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. Breast Cancer Survival Rates. Disponível em: [Survival Rates for Breast Cancer](#) Acesso em: 21 dez, 2021.

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER et al. AJCC Cancer Staging Manual. Chicago: American College of Surgeons; 2018 [cited 2019 Nov 10].

ALLEMANI, Claudia et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. **The Lancet**, v. 391, n. 10125, p. 1023-1075, 2018.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012.

Ambrosio DCM, Santos, MA. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psic Teor Pesq.** [Internet]. 2011 [citado em 24 fev 2020]; 27(4):475-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/11.pdf>.

AGARWAL, S. et al. Effect of breast conservation therapy vs mastectomy on disease-specific survival for early-stage breast cancer. **JAMA Surgery**, v. 149, n. 3, p. 267–274, mar. 2014.

AKRAM, Muhammad et al. Awareness and current knowledge of breast cancer. **Biological research**, v. 50, n. 1, p. 1-23, 2017.

ARCHANGELO, Sylvania de Cassia Vieira et al. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. **Clinics**, v. 74, 2019.

BARBOSA, C. R. M.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, K. A. B. **Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio**. São Paulo: Acta Paulista. Enfermagem, 17 (1), 18-24, 2004.

BINOTTO, Monique; SCHWARTSMANN, Gilberto. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de mama: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, 2020.

BLICHERT-TOFT, M. et al. Long-term results of breast conserving surgery vs. mastectomy for early stage invasive breast cancer: 20-Year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol. **Acta Oncologica**, v. 47, n. 4, p. 672–681, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Editora do Ministério da Saúde, Dieta, Nutrição, Atividade Física e Câncer: Uma Perspectiva Global Um Resumo do Terceiro Relatório de Especialistas com uma Perspectiva Brasileira 2020.

BRAY, Freddie et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

BREAST CANCER ASSOCIATION CONSORTIUM et al. Dorling L, Carvalho S, et al. **Breast Cancer Risk Genes-Association Analysis in More than**, v. 113.

BRUNAUULT, Paul et al. Impact of late treatment-related radiotherapy toxicity, depression, and anxiety on quality of life in long-term breast cancer survivors. **Bulletin du cancer**, v. 99, n. 5, p. 589-98, 2012.

BRUNET, Jennifer; SABISTON, Catherine M.; BURKE, Shaunna. Surviving breast cancer: women's experiences with their changed bodies. **Body image**, v. 10, n. 3, p. 344-351, 2013.

Buchholz S, OGele MM, Lintermans A, € Bellen G, Prasauskas V, Ortmann O, Grob P, Neven P & Donders G (2015) Vaginal estriol – lactobacilli combination and quality of life in endocrine-treated breast cancer. **Climacteric** 18, 1–8.

BUDACH, Wilfried et al. Adjuvant radiation therapy of regional lymph nodes in breast cancer-a meta-analysis of randomized trials-an update. **Radiation oncology**, v. 10, n. 1, p. 1-7, 2015.

CAHIR, Caitriona et al. Urban–rural variations in quality-of-life in breast cancer survivors prescribed endocrine therapy. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 4, p. 394, 2017.

CAMPBELL-ENNS, Heather; WOODGATE, Roberta. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. **JB I Evidence Synthesis**, v. 13, n. 1, p. 112-121, 2015.

CALDERON, C. et al. Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. **Clinical and Translational Oncology**, p. 1-6, 2021.

CAMPOS, A. A. L. **Assistência às mulheres com câncer de mama: uma análise da qualidade de vida, imagem corporal e do tempo de espera para diagnóstico e tratamento**. Projeto de tese apresentado como requisito parcial para aprovação no Exame de Qualificação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2021.

CASH, Thomas F. et al. Body images: Development, deviance, and change. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 88, n. 2, p. 367, 1991.

CHANDRA, R. A. et al. Radiation therapy risk factors for development of lymphedema in patients treated with regional lymph node irradiation for breast cancer. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, v. 91, n. 4, p. 760–764, 15 mar. 2015.

COHEN, Jacó. Análise estatística do poder. **Orientações atuais na ciência psicológica**, v. 1, n. 3, pág. 98-101, 1992.

CORTAZAR, P. et al. Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: The CTNeoBC pooled analysis. **The Lancet**, v. 384, n. 9938, p. 164–172, 12 jul. 2014.

Darryl; LOPEZ, Violeta. Losing the breast: a meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. **Psycho-Oncology**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 376-385, 16 jun. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4460>.

DAVIS, C. et al. Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. **Psychooncology**, v. 29, n. 5, p. 823-832, 2020.

DE REZENDE, Leandro Fórnias Machado et al. The increasing burden of cancer attributable to high body mass index in Brazil. **Cancer Epidemiology**, v. 54, p. 63-70, 2018.

DE OLIVEIRA SANTOS, Cintia Barcala; SIVIERO, Ivana Maria Passini Sodré; PIETRAFESA, Gisele Acerra Biondo. A SEXUALIDADE DA MULHER ACOMETIDA COM O CÂNCER DE MAMA. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 2020.

DESTOUNIS, Stamatia; NEWELL, Mary; PINSKY, Renee. Breast Imaging and Intervention in the Overweight and Obese Patient. **American Journal Of Roentgenology**, [S.L.], v. 196, n. 2, p. 296-302, fev. 2011. American Roentgen Ray Society. <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.10.5556>.

DOMINICI, Laura S. et al. Trends and Controversies in Multi-Disciplinary Care of the Breast Cancer Patient. **Current problems in surgery**, v. 53, n. 12, p. 559, 2016.

DOS-SANTOS-SILVA, Isabel et al. Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 6, p. e784-e797, 2019.

FANG, S. Y, SHU, B. C., CHANG, Y. J. **The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy: a meta-analysis**. **Breast Cancer Res Treat**, v.137, n.1, p.13-21, 2013.

FAZZINO, Tera L. et al. Weight fluctuation during adulthood and weight gain since breast cancer diagnosis predict multiple dimensions of body image among rural breast cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 26, n. 3, p. 392-399, 2017.

FEIGELSON, H. S. et al. Factors associated with the frequency of initial total mastectomy: Results of a multi-institutional study. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 216, n. 5, p. 966–975, maio 2013

FERREIRA, Rebeca Garcia; DE REZENDE FRANCO, Laura Ferreira. Efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico no câncer de mama: revisão bibliográfica. **Revista da universidade vale do rio verde**, v. 15, n. 2, p. 633-638, 2017.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson Britto; SILVA JÚNIOR, José Alexandre. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009.

FISHER, B. et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 16, p. 1233–1241, 17 out. 2002.

FONSECA, Maria de Jesus Mendes da et al. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Revista de saúde pública**, v. 38, p. 392-398, 2004.

GARCIA, S. N. et al. Quality of life of women with breast cancer receiving chemotherapeutic treatment. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 2, p. e17489, 2017.

GUEDES, T. R. S. et al. **Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment**. *Asian Pac J Cancer Prev.*, v. 19, n. 6, p. 1487-1493, 2018.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Inequalities in the burden of female breast cancer in Brazil, 1990–2017. **Population health metrics**, v. 18, n. 1, p. 1-13, 2020.

HARTMANN-JOHNSEN, O. J. et al. Survival is Better After Breast Conserving Therapy than Mastectomy for Early Stage Breast Cancer: A Registry-Based Follow-up Study of Norwegian Women Primary Operated Between 1998 and 2008. **Annals of Surgical Oncology**, v. 22, n. 12, p. 3836–3845, 1 nov. 2015.

HARTMANN, L. et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in BRCA1 and BRCA2 gene mutation carriers. **J Natl Cancer Inst.**, v. 93, n. 21, p. 1633–7, 2001.

HODGE, James M. et al. Validation of self-reported height and weight in a large, nationwide cohort of US adults. **PloS one**, v. 15, n. 4, p. e0231229, 2020.

HOFFMANN, F. S.; MULLER, M. C.; FRASSON, A. L. **Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama**. Rio Grande do Sul: Psicologia, Saúde & Doenças, 7 (2), 239-254, 2006.

HOYLE, Ema; KILBREATH, Sharon; DILKE, Elizabeth. Preocupações com a imagem corporal e a sexualidade em mulheres com linfedema relacionado ao câncer de mama: um estudo transversal. **Cuidados de suporte em câncer**, p. 1-8, 2022.

HU, Kaimin et al. Global patterns and trends in the breast cancer incidence and mortality according to sociodemographic indices: an observational study based on the global burden of diseases. **BMJ open**, v. 9, n. 10, p. e028461, 2019.

HUGHES, K. S. et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women age 70 years or older with early breast cancer: Long-term follow-up of CALGB 9343. **Journal of Clinical Oncology**, v. 31, n. 19, p. 2382–2387, 1 jul. 2013.

HUM, Susan; WU, Melinda; PRUTHI, Sandhya; HEISEY, Ruth. Physician and Patient Barriers to Breast Cancer Preventive Therapy. **Current Breast Cancer Reports**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 158-164, 13 jun. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12609-016-0216-5>. SUN, Lingshan; ANG, Emily; ANG, Wei How.

HUNGR, Clara; SANCHEZ-VARELA, Veronica; BOBER, Sharon L. Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. **Revista de investigacion clinica**, v. 69, n. 2, p. 114-122, 2017.

HWANG, E. S. et al. Survival after lumpectomy and mastectomy for early stage invasive breast cancer: The effect of age and hormone receptor status. **Cancer**, v. 119, n. 7, p. 1402–1411, 1 abr. 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**. IBGE 2021, Disponível em [:https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=25875](https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=25875).

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER et al. IARC Monographs of Carcinogenic Risks to Humans and Handbooks of Cancer Prevention. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019b.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2021: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional do Câncer**, 2021–Rio de Janeiro: INCA, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estadiamento**. Rio de Janeiro: INCA 2021. Disponível em: < [Estadiamento | INCA - Instituto Nacional de Câncer](#). >

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Tipos de câncer**: Instituto Nacional do Câncer, 2021- Rio de Janeiro: INCA 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/profissional-de-saude>

IWASE, Toshiaki; WANG, Xiaoping; SHRIMANKER, Tushaar Vishal; KOLONIN, Mikhail G.; UENO, Naoto T.. Body composition and breast cancer risk and treatment: mechanisms and impact. **Breast Cancer Research And Treatment**, [S.L.], v. 186, n. 2, p. 273-283, 21 jan. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-020-06092-5>.

JAGANNATHAN, Naranamangalam R.; SHARMA, Uma. Breast tissue metabolism by magnetic resonance spectroscopy. **Metabolites**, v. 7, n. 2, p. 25, 2017.

JOHNSON, Rebecca H. Incidence of Breast Cancer With Distant Involvement Among Women in the United States, 1976-2009 (vol 309, pg 800, 2013). **JAMA-JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**, v. 309, n. 12, p. 1229-1229, 2013.

KLING, Johanna et al. Systematic review of body image measures. **Body Image**, v. 30, p. 170-211, 2019.

KISSANE, David W. et al. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 320-326, 2004.

KONIECZNY, M. et al. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio Demographic Factors. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 21, n. 1, p. 185-193, 2021.

LEE, Kyuwan; KRUPER, Laura; DIELI-CONWRIGHT, Christina M.; MORTIMER, Joanne E.. The Impact of Obesity on Breast Cancer Diagnosis and Treatment. **Current Oncology Reports**, [S.l.], v. 21, n. 5, p. 21-41, 27 mar. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11912-019-0787-1>.

Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Bond, R., & Harcourt, D. (2020). Psychological and sociocultural influences on body image among midlife women with and without a history of breast cancer: Testing the Tripartite Influence Model of Body Image. **Body Image**, 35, 114-125.

LITIÈRE, S. et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. **The Lancet Oncology**, v. 13, n. 4, p. 412-419, abr. 2012.

LORRAINE, A.; SHEPPARD, B.; ELY, S. Breast cancer and sexuality. **The Breast Journal**, v. 14, n. 2, p. 176-181, 2008.

MAIRINK, Ana Paula Alonso Reis; GRADIM, Clícia Valim Côrtes; GOZZO, Thais de Oliveira; CANETE, Ana Carolina Sipoli; FENDRICH, Lorena; PANOBIANCO, Marislei Sanches. A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 1-9, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0360>.

MAYER, S. et al. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2018. doi:10.1007/s00404-018-4922-2

MIAJA, Melina; PLATAS, Alejandra; MARTINEZ-CANNON, Bertha Alejandra. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. **Revista de investigacion clinica**, v. 69, n. 4, p. 204-209, 2017.

MIRANDA, Thiago Rosendo Santos et al. Avaliação da sexualidade, qualidade de vida e capacidade funcional em mulheres sobreviventes do câncer de mama. **Multitemas**, p. 87-106, 2022.

MISHRA, Veena Shukla; SARANATH, Dhananjaya. Association between demographic features and perceived social support in the mental adjustment to breast cancer. **Psycho-oncology**, v. 28, n. 3, p. 629-634, 2019.

MONTAGNESE, Concetta et al. Quality of life in women diagnosed with breast cancer after a 12-month treatment of lifestyle modifications. **Nutrients**, v. 13, n. 1, p. 136, 2021.

MORAIS, Fernanda Dorneles de; FREITAS-JUNIOR, Ruffo; RAHAL, Rosemar Macedo Sousa; GONZAGA, Carolina Maciel Reis. Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer. **Journal Of Clinical Nursing**, [S.L.], v. 25, n. 11-12, p. 1557-1565, 27 jan. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13125>.

NOGUEIRA, Mário Círio et al. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

RAGGIO, Greer A.; BUTRYN, Meghan L.; ARIGO, Danielle; MIKORSKI, Renee; PALMER, Steven C.. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. **Psychology & Health**, [S.L.], v. 29, n. 6, p. 632-650, 28 jan. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>.

ROJAS, K. E.; MATTHEWS, N.; RAKER, C.; CLARK, M. A.; ONSTAD, M.; STUCKEY, A.; GASS, J.. Body mass index (BMI), postoperative appearance satisfaction, and sexual function in breast cancer survivorship. **Journal Of Cancer**

Survivorship, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 127-133, 17 out. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11764-017-0651-y>.

Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Função sexual após câncer de mama. **O jornal da medicina sexual**. Janeiro de 2011; 8 (1): 294–302.

PATERSON, Carly L.; LENGACHER, Cecile A.; DONOVAN, Kristine A.; KIP, Kevin E.; TOFTHAGEN, Cindy S.. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors. **Cancer Nursing**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 39-58, jan. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ncc.0000000000000251>.

PATERSON, C. L. et al. Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. **Cancer Nurs**, v. 39, n. 1, p. 39-58, 2016.

PERES, Mariana Moraes Gomes; SAKAMOTO, Luís Carlos; DA SILVA, Gustavo Maximiliano Dutra. Conceitos atuais do tratamento hormonal em mulheres na pós-menopausa com transtorno do desejo sexual hipoativo. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 6, p. 19218-19238, 2023.

PICON-RUIZ, Manuel; MORATA-TARIFA, Cynthia; VALLE-GOFFIN, Janeiro J.; FRIEDMAN, Eitan R.; SLINGERLAND, Joyce M.. Obesity and adverse breast cancer risk and outcome: mechanistic insights and strategies for intervention. **Ca: A Cancer Journal for Clinicians**, [S.L.], v. 67, n. 5, p. 378-397, 1 ago. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21405>

PICCART-GEBHART M. J., et al. Trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2-positive breast cancer. **N Engl J Med**, v. 33, n. 16, p. 1659-72, Oct. 2005.

POORTMANS, P. M. et al. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 4, p. 317–327, 23 jul. 2015.

Santos DB, Santos MA, Vieira EM. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde Soc. [Internet]**. 2014 [citado em 02 jan 2020]; 23(4):1342-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1342.pdf>.

SANTOS, D. B.; VIEIRA E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

SANTOS, Daniela Barsotti; SANTOS, Manoel Antônio dos; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1342-1355, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000400018>.

SENKUS, E. et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of oncology**, v. 26, p. v8-v30, 2015

SHILDER, Paul. a imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SUNG, Hyuna et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

SIMOS, Demetrios et al. Definition and consequences of locally advanced breast cancer. **Current opinion in supportive and palliative care**, v. 8, n. 1, p. 33-38, 2014.

USSHER, Jane M.; PERZ, Janette; GILBERT, Emilee. Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. **Cancer nursing**, v. 35, n. 6, p. 456-465, 2012.

VAN MAAREN, M. C. et al. 10 year survival after breast-conserving surgery plus radiotherapy compared with mastectomy in early breast cancer in the Netherlands: a population-based study. **The Lancet Oncology**, v. 17, n. 8, p. 1158–1170, 1 ago. 2016

VERONESI, U. et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 16, p. 1227–1232, 17 out. 2002.

VICTORA, Cesar Gomes et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. 2011.

WARREN, L. E. G. et al. The impact of radiation therapy on the risk of lymphedema after treatment for breast cancer: A prospective cohort study. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, v. 88, n. 3, p. 565–571, 1 mar. 2014.

WAKS, A. G.; WINER, E. P. Breast Cancer Treatment: A Review Breast Cancer Treatment in 2019. **JAMA**, v. 321, n. 3, p. 288–300, 22 jan. 2019.

WHELAN, T. J. et al. Regional nodal irradiation in early-stage breast cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 4, p. 307–316, 23 jul. 2015.

WOLFF, A. C. et al. Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 31, n. 31, p. 3997–4013, 1 nov. 2013.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora referente ao projeto: “Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05341019.5.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.128.283

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, de caráter descritivo e analítico, que se caracteriza pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível, decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo¹. Tal metodologia permite a caracterização instantânea da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. A presente investigação será realizada nos serviços de oncologia de um Instituto Oncológico, que prestam atendimento em oncologia na cidade de Juiz de Fora - MG e região da Zona da Mata mineira. A cidade de Juiz de Fora apresenta ampla infraestrutura de assistência oncológica, dispõe de serviços especializados, tanto no setor público, quanto no setor privado, e destaca-se como referência regional. A população do estudo será composta por mulheres diagnosticadas com câncer de mama nos últimos cinco anos, assistidas em dois centros de referência em Oncologia na cidade de Juiz de Fora. Esta pesquisa destina-se a avaliar a influência da imagem corporal na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, assim como avaliar os aspectos socioeconômico, comportamentais e as características tumorais e clínicas. Dessa forma, ressalta-se que não haverá qualquer tipo de intervenção na população do estudo. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.128.283

objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência de aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e tumorais na imagem corporal e na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Objetivo Secundário:

- Descrever as principais características socioeconômicas, comportamentais, clínicas, tumorais e relacionadas ao diagnóstico e tratamento em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Avaliar a imagem corporal e seus domínios em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Avaliar a qualidade de vida global e seus domínios em mulheres diagnosticadas com câncer de mama;
- Identificar os fatores associados à imagem corporal e à qualidade de vida na população de estudo.

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos implicados na pesquisa consistem em "riscos mínimos" que restringem-se à possibilidade de identificação dos participantes da pesquisa a partir dos dados coletados (nome, sexo e data de nascimento). Para minimizar tal risco, os pesquisadores cumprirão os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas estritamente para fins acadêmicos e científicos. Ademais, os questionários abordam questões que podem gerar desconforto emocional para as participantes, especialmente aquelas com importante distúrbio na imagem corporal. Para minimizar tal risco, será ofertado suporte psicológico, mediante encaminhamento médico da equipe de pesquisa, que integra o corpo clínico do Instituto Oncológico, conforme o fluxo de atendimento. Esta pesquisa pode contribuir para avançar o conhecimento à respeito da temática, uma vez que poderá produzir um panorama sobre a situação de saúde das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, abrangendo informações sobre qualidade de vida, imagem corporal, comportamentos e condições de vida. Ademais, a qualidade de vida torna-se um indicador de avaliação dos resultados da terapêutica instituída. Sua mensuração pode refletir se o tratamento garantiu a restauração da função, a prevenção de incapacidades e o aumento da sobrevida com garantia do bem estar. Os resultados obtidos podem

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.128.283

ser norteadores de práticas assistenciais cotidianas e funcionar como indicador nos julgamentos clínicos, nas decisões de condutas terapêuticas das equipes de saúde, objetivando a melhora da qualidade de vida e imagem corporal de mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Por fim, os resultados obtidos serão apresentados em eventos científicos nacionais/internacionais, estando prevista a publicação de ao menos um artigo original em periódico especializado, que poderá se tornar subsídio para a realização de novos trabalhos. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.128.283

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1282346.pdf	31/01/2019 11:35:47		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.docx	30/01/2019 22:04:45	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Outros	Quest_final.doc	30/01/2019 22:03:27	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IO_assinada.pdf	30/01/2019 22:03:13	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	9ju_assinada.pdf	30/01/2019 22:03:01	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_sigilo.pdf	04/01/2019 11:00:25	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/01/2019 10:59:58	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/01/2019 00:02:41	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.128.283

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

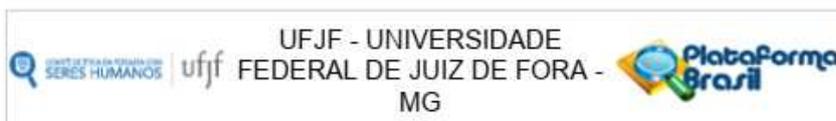
Não

JUIZ DE FORA, 01 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora referente ao projeto “Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira

Pesquisador: Maximiliano Ribeiro Guerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04575712.4.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.038.397

Apresentação do Projeto:

A população deste estudo será composta por uma coorte de base hospitalar formada por cerca de 2000 mulheres, com diagnóstico de câncer de mama invasivo efetuado entre os períodos de 1998 a 2005 e 2010 a 2017, que foram submetidas à terapêutica local e/ou sistêmica (neoadjuvante, adjuvante ou paliativa). Descrição da área de estudo: Juiz de Fora é uma cidade de médio porte com população estimada para 2012 de 525.225 habitantes, sendo 52,7% do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2012). Tal município apresenta ampla infra-estrutura de assistência em oncologia, dispondo de serviços especializados, tanto no setor público, quanto no setor privado, e destacando-se como referência regional. Esta rede de assistência oncológica está representada por duas clínicas privadas e quatro hospitais, sendo um hospital filantrópico e três hospitais privados. O recrutamento das pacientes incluídas neste estudo será efetuado a partir de busca ativa nos arquivos médicos dos serviços de oncologia que prestam atendimento em oncologia na cidade de Juiz de Fora/MG e região da Zona da Mata mineira. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.038.397

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a sobrevida de 5 e 10 anos em mulheres com câncer de mama invasivo que receberam tratamento cirúrgico, seguido de terapêutica local e/ou sistêmica (neoadjuvante, adjuvante ou paliativa), com doença diagnosticada entre os períodos de 1998 a 2005 e 2010 a 2017, em centros de atendimento oncológico da região da Zona da Mata mineira. O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os dados serão coletados apenas a partir de registros secundários (prontuários). Portanto, a realização do presente projeto envolve a exposição de riscos mínimos aos participantes a serem investigados. A equipe de pesquisadores envolvidos no projeto assegura o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato, a imagem do sujeito e a sua não estigmatização. Ressalte-se que a utilização das informações provenientes dos registros médicos foram devidamente autorizadas pela direção dos serviços de saúde incluídos no estudo e serão totalmente confidenciais para todos os casos, sendo utilizadas estritamente para fins científicos. A partir da realização dessa pesquisa, anseia-se pela obtenção de subsídios que possibilitem aos profissionais de saúde um conhecimento mais ampliado sobre a história natural da doença no contexto regional, permitindo uma abordagem adequada do câncer de mama na população de estudo, incluindo da doença metastática, de acordo com as particularidades e especificidades de cada situação. Pretende-se, ainda, que este trabalho possa contribuir para o estabelecimento de políticas de saúde locais voltadas para o cuidado ao câncer em geral, políticas estas que sejam direcionadas ao cuidado do câncer dentro da nossa realidade, de tal forma que seja possível propiciar a todas as pacientes o acesso igualitário e individualizado aos recursos terapêuticos. Identificação dos riscos e as possibilidades e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.038.397

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE e o termo de confidencialidade e sigilo de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta as autorizações para a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, a qual solicita a inclusão de Angélica Atala Lombelo Campos, Camila Soares Lima Corrêa, Homero Gonçalves Junior e Mário Círio Nogueira; aumento da amostra; cronograma de execução atualizado e adequado para atender as modificações descritas na justificativa e inclusão de informações ausentes, pois no período de transição(2012) o projeto foi renovado e aprovado de acordo com os critérios da época. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_883058_E1.pdf	17/03/2017 10:59:38		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.038.397

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Confidencialidade_e_Sigilo.pdf	17/03/2017 10:47:04	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_TCLE.pdf	17/03/2017 10:46:51	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atualizado_160317.docx	16/03/2017 21:48:09	Maximiliano Ribeiro Guerra	Aceito
Parecer Anterior	Parecerpg2.pdf	07/07/2012 11:41:07		Aceito
Parecer Anterior	Parecerpg1.pdf	07/07/2012 11:38:07		Aceito
Outros	Ficha de coleta de dados atualizada (1).pdf	07/07/2012 11:20:15		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoOncologico.jpg	07/07/2012 11:02:32		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoJoaoFelicio.pdf	07/07/2012 11:01:40		Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutorizacaoJoaoFelicio.jpg	07/07/2012 11:01:05		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.jpg	08/07/2012 14:35:54		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JUIZ DE FORA, 28 de Abril de 2017

Assinado por:
Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO C - Questionário utilizado para avaliação EORTC QLQ- BR23



EORTC QLQ - BR23

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

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

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

ANEXO D – Manual do EORTC QLQ-BR23



EORTC QLQ-BR23 Scoring Manual

The **Breast Cancer module** is a supplementary questionnaire module to be employed in conjunction with the QLQ-C30. The QLQ-BR23 incorporates five multi-item scales to assess body image, sexual functioning, systemic therapy side effects, breast symptoms, and arm symptoms. In addition, single items assess sexual enjoyment, future perspective and being upset by hair loss.

The scoring approach for the QLQ-BR23 is identical in principle to that for the function and symptom scales / single items of the QLQ-C30. All scoring information specific to the QLQ-BR23 is presented in Table 1.

Interpretation:

All of the scales and single-item measures range in score from 0 to 100. A high score for the functional scales represents a high/healthy level of functioning, whilst a high score for the symptom scales represents a high level of symptomatology or problems.

Table 1. Scoring the QLQ-BR23

	Scale	Number of items (n)	Item range*	QLQ-BR23 item numbers (I_1, I_2, \dots, I_n)	Reverse scoring items
Symptom scales / items					
Systemic Therapy Side Effects	ST	7	3	31 – 34, 36 - 38	
Upset by Hair Loss	HL	1	3	35	
Arm Symptoms	AS	3	3	47 – 49	
Breast Symptoms	BS	4	3	50 – 53	
Functional scales / items					
Body Image	BI	4	3	39 – 42	
Future Perspective	FU	1	3	43	
Sexual Functioning	SEF	2	3	44, 45	44, 45
Sexual Enjoyment	SEE	1	3	46	46

* "Item range" is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items. All items are scored 1 to 4, giving range = 3.

SEE, sexual enjoyment, is not applicable if item 45 is "not at all."

HL, upset by hair loss, is not applicable if item 34 is "not at all."

Principle for scoring

1) Raw score

For each single-item measure, the score of the concerning item corresponds to the raw score.

For each multi-item scale, calculate the average of the corresponding items.

$$\text{Raw Score} = RS = \left\{ \frac{(I_1 + I_2 + \dots + I_n)}{n} \right\}$$

Take into account that the scoring of questions 44, 45 and 46 must be reversed prior to statistical analysis.

2) Linear Transformation

To obtain the Score S , standardize the raw score to a 0 – 100 range following the appropriate transformation:

$$\text{Functional scales: } S = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

$$\text{Symptom scales: } S = \left\{ \frac{(RS-1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

For directions on Missing Data or for more detailed information on the Interpretation of Scores, we redirect to the EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001).

Reference

Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JI, et al.. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module: First results from a three-country field study. *J. Clin. Oncol.* 14: 2756-2768, 1996.

This is the revised version of the QLQ-BR23 scoring manual and might slightly differ from the scoring instructions that are presented in the EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (2001). Both versions of the scoring manual will lead to the same outcome. Further questions or remarks regarding the scoring algorithms for the QLQ-BR23 can be directed to the QOL Specialist at the Quality of Life Department of the EORTC.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Qualidade de vida, imagem corporal e aspectos socioeconômicos, comportamentais, clínicos e moleculares em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a necessidade de avaliar o impacto do tratamento para o câncer de mama na imagem corporal e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com a doença. Nesta pesquisa pretendemos analisar a influência da imagem corporal na qualidade de vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades: você responderá um questionário aplicado face a face com perguntas sobre você, seus familiares, seus hábitos de vida e sobre o seu tratamento para câncer de mama. Você também preencherá um questionário direcionado à avaliação da qualidade de vida e imagem corporal no contexto do câncer de mama. Algumas informações complementares poderão ser consultadas no seu prontuário médico.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos e restringem-se à possibilidade de sua identificação a partir dos dados coletados. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, a equipe de pesquisadores cumprirá os devidos padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos. Caso as perguntas do questionário causem desconforto psicológico, podemos ofertar suporte psicológico com a equipe deste hospital, mediante o fluxo habitual de atendimento, mediante encaminhamento.

Esta pesquisa poderá contribuir para aumentar o nosso conhecimento sobre as condições de saúde e imagem corporal das mulheres diagnosticadas com câncer, para que seja possível traçar estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ..

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Maximiliano Ribeiro Guerra
Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Campus Universitário da UFJF. CEP: 36036-900
Fone: (032) 2102- 3911/ (032) 99945-0671
E-mail: maximiliano.guerra@ufjf.edu.br

Assistente de pesquisa: Angélica Atala Lombelo Campos
Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Campus Universitário da UFJF. CEP: 36036-900
Fone: (032) 2102- 3911/ (032) 98885-7682
E-mail: angelica.atala@hotmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE B - Questionário utilizado para entrevista face-a-face

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS TUMORAIS E CLÍNICAS EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.

VAR04. QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARACTERÍSTICAS TUMORAIS E CLÍNICAS EM MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA EM JUIZ DE FORA, MINAS GERAIS.

Você responderá um questionário que faz parte de uma pesquisa realizada pelo Grupo de Pesquisa em Câncer do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o objetivo de conhecer alguns aspectos importantes da condição de saúde, imagem corporal e qualidade de vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora.

Sua identificação e suas respostas serão mantidas sob sigilo! Apenas o resultado geral da pesquisa será divulgado.

Não existem respostas certas ou erradas. Por gentileza, nos responda com atenção, pois suas informações são muito importantes para analisarmos fatores de risco dessa população.

VAR03. Entrevistador:

VAR05. Entrevistador(a), o(a) participante entregou o termo de consentimento devidamente assinado?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

A1. Prontuário:

A22. Data da entrevista:

Formato: DD/MM/AAAA

A5. Nome:

A9. Data de nascimento:

Formato: DD/MM/AAAA

A23. Idade atual (entrevista):

A24. Endereço atual - se mudou (entrevista):

A18. Telefone fixo

A19. Telefone celular

A25. Telefone celular de algum(a) conhecido da participante:

A26. Nome completo do(a) conhecido(a) e parentesco ou vínculo com essa pessoa:

Exemplo: Maria de Lourdes de Souza (vizinha)

BLOCO B: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

B7. O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em 5 grupos conforme a cor da pele ou raça: (1) brancos(as) / caucasianos(as), (2) pretos(as) / negros(as), (3) pardos(as) / mulatos(as) / morenos(as) / mestiços(as), (4) amarelos(as) (orientais) e (5) indígenas. De acordo com a sua opinião, em qual desses grupos você se incluiria? (ENTREVISTA)

Instrução: entrevistador(a), leia as opções para o(a) participante e aguarde; não interfira na resposta!

- (1) Branco(a) / caucasiano(a).
- (2) Preto(a) / negro(a).
- (3) Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a).
- (4) Amarelo(a) (oriental).
- (5) Indígena.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B8. Qual o seu grau de instrução? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B9. Quantos anos completos de estudo (com aprovação) a sra/você tem? (ENTREVISTA)

B10. Qual é/era o grau de instrução do seu pai? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B11. Qual é/era o grau de instrução da sua mãe? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B12. Qual sua atual condição de trabalho? (ENTREVISTA)

- (1) Do lar (ou dona de casa).
- (2) Desempregada.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentada ou pensionista.
- (6) Em auxílio saúde.
- (7) Outra.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B12_other. Especifique outra:

B13. Qual era sua condição de trabalho quando foi diagnosticada com câncer de mama? (ENTREVISTA)

- (1) Do lar (ou dona de casa).
- (2) Desempregada.
- (3) Emprego formal.
- (4) Emprego informal.
- (5) Aposentada ou pensionista.
- (6) Em auxílio saúde.
- (7) Outra.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B13_other. Especifique outra:

B17. Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você (contando com você)? (ENTREVISTA)

B18. Você é o chefe da família? (ENTREVISTA)

Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

B19. Qual o grau de instrução do chefe da família? (ENTREVISTA)

- (1) Analfabeto(a) ou fundamental I (primário) incompleto.
- (2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
- (3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
- (4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
- (5) Superior completo.
- (6) Pós-graduação incompleta.
- (7) Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B16. Qual o número de cômodos do seu domicílio? (ENTREVISTA)

cômodo(s):

Obs.: são considerados cômodos os quartos, inclusive de serviço (cozinha), e as salas.

B26. Quantidade de geladeiras.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B27. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B28. Quantidade de fornos de micro-ondas.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B29. Quantidade de DVDs, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

B30. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B31. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B32. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B33. Quantidade de lavadoras de louças.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B34. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B35. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B36. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana.

- (0) Não possui.
- (1) Possui 1.
- (2) Possui 2.
- (3) Possui 3.
- (4) Possui 4 ou mais.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B37. Você possui plano de saúde?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

B38. Qual plano de saúde?

B39. Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- (1) Mais do que uma vez por semana.
- (2) Uma vez por semana.
- (3) Duas a três vezes por mês.
- (4) Algumas vezes por ano.
- (5) Uma vez por ano ou menos.
- (6) Nunca

B40. Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- (1) Mais do que uma vez por ao dia.
- (2) Diariamente.
- (3) Duas ou mais vezes por semana.
- (4) Uma vez por semana.
- (5) Poucas vezes por mês.
- (6) Raramente ou nunca.

VAR07. As próximas perguntas contêm frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

B41. Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- (1) Totalmente verdade para mim.
- (2) Em geral é verdade.
- (3) Não estou certo.
- (4) Em geral não é verdade.
- (5) Não é verdade

B42. As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- (1) Totalmente verdade para mim.
- (2) Em geral é verdade.
- (3) Não estou certo.
- (4) Em geral não é verdade.
- (5) Não é verdade

B43. Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- (1) Totalmente verdade para mim.
- (2) Em geral é verdade.
- (3) Não estou certo.
- (4) Em geral não é verdade.
- (5) Não é verdade

VAR09. As próximas perguntas contêm frases a respeito do seu relacionamento conjugal

B44. Qual seu atual estado civil?

- (1) Solteira/ vivendo sem companheiro.
- (2) Casada/ União estável / Vivendo com companheiro.
- (3) Separada ou divorciada.
- (4) Viúva.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B45. Qual sua situação conjugal?

- (1) Com o mesmo companheiro desde o diagnóstico de câncer de mama.
- (2) Sem companheiro desde o desde o diagnóstico de câncer de mama.
- (3) Com companheiro, diferente do companheiro que tinha antes do diagnóstico de câncer de mama.
- (4) Sem companheiro ao diagnóstico de câncer de mama, mas atualmente, com companheiro.
- (5) Com companheiro ao diagnóstico de câncer de mama, mas atualmente, sem companheiro.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B46. Há quanto tempo você está com este companheiro?

B47. Como você avalia o relacionamento com o companheiro ANTES do diagnóstico da doença?

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular.
- (4) Bom.
- (5) Muito bom.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B48. Como você avalia o relacionamento com o companheiro ATUALMENTE?

- (1) Muito ruim.
- (2) Ruim.
- (3) Regular.
- (4) Bom.
- (5) Muito bom.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B49. Você teve (está tendo) apoio do seu parceiro em relação do diagnóstico de câncer de mama

- (1) Não tenho parceiro.
- (2) Está sendo muito próximo.
- (3) Está sendo muito afastado.
- (4) Está menor do que o recebido por filhos, parentes e amigos.
- (5) Não estou recebendo apoio.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

B6. Outras informações sociodemográficas

BLOCO T: APOIO SOCIAL

As perguntas a seguir são sobre o apoio fornecido pelas pessoas que o cercam.

T1. Com quantas pessoas você pode realmente contar quando precisa de ajuda?

Se ninguém, preencha 0.

T2. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar quando precisa de ajuda.

T3. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T4. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a ajudar a sentir-se mais relaxada quando está tensa ou sob pressão?

Se ninguém, preencha 0.

T5. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar quando precisa de ajudar para sentir-se mais relaxada quando está tensa ou sob pressão?

T6. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T7. Quantas pessoas te aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

Se ninguém, preencha 0.

T8. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que te aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes.

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga),...

T9. Qual o seu grau de satisfação com a aceitação dessas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T10. Com quantas pessoas você pode realmente contar para se preocupar consigo independentes do que lhe possa estar a acontecer a si?

Se ninguém, preencha 0.

T11. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para se preocupar consigo independentes do que lhe possa estar a acontecer a si.

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)..

T12. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T13. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo?

Se ninguém, preencha 0.

T14. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para a ajudar a sentir-se melhor quando se sente para baixo

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)..

T15. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

T16. Com quantas pessoas você pode realmente contar para a consolar quando você está preocupada?

Se ninguém, preencha 0.

T17. Liste o nome e o grau de parentesco de até 9 pessoas que você pode contar para a consolar quando você está preocupada

Exemplo: 1. JCS (irmã); 2. FRZ (amiga)...

T18. Qual o seu grau de satisfação com a ajuda fornecida por essas pessoas?

- (1) Muito insatisfeito.
- (2) Insatisfeito.
- (3) Algo insatisfeito.
- (4) Pouco satisfeito.
- (5) Satisfeito.
- (6) Muito satisfeito.

BLOCO C: HÁBITOS DE VIDA

C4. Tabagismo (entrevista)

- (1) Tabagista.
- (2) Ex-tabagista.
- (3) Nunca fumou.
- (999) Sem informação no prontuário.

C5. Quantos cigarros fuma por dia? (entrevista)

C6. Quantos anos fuma? (entrevista)

C7. Há quanto tempo parou (anos)? (entrevista)

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

C8. Quantos cigarros fumava por dia? (entrevista)

C9. Quantos anos fumou? (entrevista)

C10. Etilismo (entrevista)

- (1) Bebe.
- (2) Já bebeu.
- (3) Nunca bebeu.
- (999) Sem informação no prontuário.

C11. Carga etilica/dose (entrevista)

Observação: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

C12. Quantas vezes por semana? (entrevista)

C13. Nos últimos 30 dias, a sra/você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

C14. Atualmente, em geral, como você avalia a sua alimentação?

- (1) Muito ruim (nada saudável).
- (2) Ruim (pouco saudável).
- (3) Regular (mais ou menos saudável).
- (4) Boa (saudável).
- (5) Muito boa (muito saudável).
- (999) Não sabe ou não quis responder.

VAR08. As próximas perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana habitual.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por PELO MENOS 10 minutos contínuos de cada vez.

Instrução: entrevistador(a), para responder as questões, ressalte para o(a) participante que:

Atividades VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.

Atividades MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Obs.: o tempo em minutos deve ser calculado a partir das horas de atividade física que o(a) participante relatar.

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

C15. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar bastante ou aumentem muito sua respiração ou batimentos do coração.

*(0) Nenhum.
dias por semana.*

C16. Nos dias em que você faz essas atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C17. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumente moderadamente sua respiração ou batimentos do coração.

*Obs.: por favor, não inclua caminhada.
(0) Nenhum.
dias por semana.*

C18. Nos dias em que você faz essas atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C19. Em quantos dias de uma semana normal você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos em casa, na escola ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

*(0) Nenhum.
dias por semana.*

C20. Nos dias em que você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C21. Quanto tempo por dia você fica sentado(a) em um dia da semana?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C22. Quanto tempo por dia você fica sentado(a) no final de semana?

Tempo em minutos: . Formato: MM. Obs.: 1 hora = 60 minutos.

C23. Qual sua maior preocupação no momento?

- (1) Problemas familiares.
- (2) Problemas financeiros.
- (3) Problemas de saúde relacionados ao câncer de mama.
- (4) Problemas de saúde não relacionados ao câncer de mama.
- (5) Outra.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

C24. Se for outra, qual?

C3. Outras informações sobre hábitos de vida.

BLOCO G: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

G5. Peso em Kg (entrevista)

G6. Altura em centímetros (entrevista)

BLOCO H: INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

H10. Fez cirurgia?

- (1) Sim, mastectomia.
- (2) Sim, nodulectomia ou setorectomia.
- (3) Sim, nodulectomia ou setorectomia seguida por mastectomia.
- (4) Não fez cirurgia.

H11. Quantas intervenções cirúrgicas foram realizadas na mama acometida?

H12. Fez reconstrução?

- (1) Sim, imediata.
- (2) Sim, tardia.
- (3) Não fez reconstrução.

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

H13. Por que não fez reconstrução?

- (1) Falta de informação
- (2) Falta de vontade
- (3) Falta de oportunidade
- (4) Sem condições clínicas
- (5) Outro motivo.
- (999) Não sabe ou não quis responder.

H13_other. Qual outro motivo?

H14. Você gostaria de fazer reconstrução?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H15. Atualmente você está fazendo algum tratamento para o câncer de mama?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H16. Qual tratamento?

Instrução: Escrever qual tratamento a mulher está fazendo. Exemplo: hormonioterapia, radioterapia ou quimioterapia.

FIM DO QUESTIONÁRIO

BLOCO U: Qualidade de vida

U1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma longa caminhada?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma curta caminhada fora de casa?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U6. Durante a última semana, tem sido difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U7. Durante a última semana, tem sido difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U8. Durante a última semana, você teve falta de ar?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U9. Durante a última semana, você tem tido dor?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U10. Durante a última semana, você precisou repousar?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U11. Durante a última semana, você tem tido problemas para dormir?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U12. Durante a última semana, você tem se sentido fraca?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U13. Durante a última semana, você tem tido falta de apetite?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U14. Durante a última semana, você em se sentido enjoada?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U15. Durante a última semana, você tem vomitado?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U16. Durante a última semana, você tem tido prisão de ventre?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U17. Durante a última semana, você tem tido diarreia?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U18. Durante a última semana, você esteve cansada?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U19. Durante a última semana, a dor interferiu em suas atividades diárias?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U20. Durante a última semana, você tem tido dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

U21. Durante a última semana, você se sentiu nervosa?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U22. Durante a última semana, você esteve preocupada?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U23. Durante a última semana, você se sentiu irritada facilmente?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U24. Durante a última semana, você se sentiu deprimida?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U25. Durante a última semana, você tem tido dificuldade para se lembrar das coisas?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U26. Durante a última semana, a sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em sua vida familiar?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

U27. Durante a última semana, a sua condição física ou o tratamento médico tem interferido em suas atividades sociais?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U28. Durante a última semana, a sua condição física ou o tratamento médico tem lhe trazido dificuldades financeiras?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

- (1) 1
 (2) 2
 (3) 3
 (4) 4
 (5) 5
 (6) 6
 (7) 7

U30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

- (1) 1
 (2) 2
 (3) 3
 (4) 4
 (5) 5
 (6) 6
 (7) 7

U31. Durante a semana passada, você sentiu secura na boca?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U32. Durante a semana passada, a comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U33. Durante a semana passada, os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U34. Durante a semana passada, caiu-lhe algum cabelo?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U35. Durante a semana passada, se teve quedas de cabelo, ficou preocupada com as quedas de cabelo?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U36. Durante a semana passada, sentiu-se doente ou indisposta?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

U37. Durante a semana passada, você teve afrontamentos?

- (1) Não.
 (2) Pouco.
 (3) Moderadamente.
 (4) Muito.

04/05/2019 QUALIDADE DE VIDA, IMAGEM CORPORAL, ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E COMPORTAMENTAIS SEGUNDO CARAC...

U38. Durante a semana passada, você teve dores de cabeça?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U39. Durante a semana passada, sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U40. Durante a semana passada, sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U41. Durante a semana passada, teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U42. Durante a semana passada, sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U43. Durante a semana passada, preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U44. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto sentiu desejo sexual?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U45. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto esteve sexualmente ativa? (com ou sem relações sexuais).

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U46. Durante as últimas quatro semanas, se esteve sexualmente ativa, até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U47. Durante a última semana, teve dores no braço ou no ombro?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U48. Durante a última semana, teve o braço ou a mão inchados?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U49. Durante a última semana, teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U50. Durante a última semana, sentiu dores na área da mama afetada?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U51. Durante a última semana, a área da mama afetada inchou?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U52. Durante a última semana, sentiu a área da mama afetada muito sensível?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

U53. Durante a última semana, teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afetada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)?

- (1) Não.
- (2) Pouco.
- (3) Moderadamente.
- (4) Muito.

BLOCO V: IMAGEM CORPORAL

V1. Tento esconder meu corpo.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V2. Evito olhar minhas cicatrizes da cirurgia da mama.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V3. Sinto que há uma bomba relógio dentro de mim.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V4. Estou feliz com minha disposição.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V5. Estou satisfeita com a forma do meu corpo.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V6. Sinto-me menos feminina desde o câncer.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V7. Gosto do meu corpo.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V8. Sinto-me confortável com minha aparência com a prática da atividade física.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V9. Sentiria-me confortável trocando de roupa em um vestiário público.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V10. Sinto que meu corpo foi invadido.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V11. Estou satisfeita com a aparência do meu braço.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V12. Sinto que meu corpo me desapontou, me deixou na mão.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V13. Gosto de minha aparência exatamente como ela é.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V14. Sinto que aquela parte minha deve permanecer escondida.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V15. Tenho medo de tocar minhas cicatrizes da cirurgia da mama.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V16. Estou satisfeita com a aparência do meu quadril.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V17. Sinto que alguma coisa está tomando conta do meu corpo.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V18. Estou satisfeita com a forma do meu bumbum.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V19. Sinto-me confortável ao olhar minha mastectomia.

As frases a seguir são sobre seus sentimentos a respeito de suas mamas ou da mastectomia (retirada total de uma ou ambas as mamas). Responda a questão 19, se você fez a mastectomia SEM reconstrução da(s) mama(s). Caso você tenha feito a reconstrução, a retirada parcial da mama (quadrante) ou não tenha feito cirurgia, pule a questão 19.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

H20. Estou feliz com a posição do meu mamilo.

Responda às questões 20, 21, 22 e 23 se você fez a reconstrução da(s) mama(s), ou a retirada parcial da(s) mama(s) (quadrante) ou nenhuma cirurgia. Caso contrário, deixe as questões em branco.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V21. Estou satisfeita com o tamanho das minhas mamas.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V22. Sinto-me confortável quando outras pessoas olham minha(s) mama(s).

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V23. A aparência das minhas mamas poderia incomodar outras pessoas.

- (1) Discordo totalmente.
- (2) Discordo.
- (3) Não discordo nem concordo.
- (4) Concordo.
- (5) Concordo totalmente.

V24. Sinto que as pessoas ficam olhando meu peito

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V25. Evito intimidade física, como contato muito próximo com alguém.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V26. Sinto que as pessoas ficam me olhando.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V27. Evito expor meu corpo ao trocar de roupa.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V28. Preciso ser tranquilizada a respeito da aparência das minhas mamas.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V29. Estar cansada interfere na minha vida.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V30. O inchaço do meu braço é um problema para mim.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V31. Meu corpo me preocupa.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V32. Manteria meu peito coberto durante a intimidade sexual.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V33. Sinto raiva do meu corpo.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V34. Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V35. Posso participar de atividades normais.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V36. Tenho problemas de me concentrar.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V37. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V38. Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V39. As dores no braço são um problema para mim.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V40. Preocupo-me com pequenas dores.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V41. Sinto-me normal.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V42. Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são normais.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

APÊNDICE C- Questionário utilizado para coleta de dados do prontuário

12/08/2020 ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENT...

ABORDAGEM TERAPÊUTICA E SOBREVIDA EM COORTE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA, ASSISTIDAS EM CENTROS DE REFERÊNCIA DA ZONA DA MATA MINEIRA

Abordagem terapêutica e sobrevida em coorte de mulheres com câncer de mama, assistidas em centros de referência da Zona da Mata Mineira

Critérios de inclusão:

1. Data de liberação do laudo cito/anátomo-patológico \geq 01/01/2014.
2. Mulheres residentes no estado de Minas Gerais.

VAR000. Conferido

VAR01. Fonte de dados:

- (1) Prontuário eletrônico.
- (2) Prontuário impresso.
- (3) Ambos.

VAR02. Coletador (prontuário):

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO DA MULHER

A1. Prontuário:

A2. Data da coleta no prontuário:

Formato: DD/MM/AAAA.

A3. Hospital:

- (1) Instituto oncológico.
- (2) Hospital 9 de julho.
- (3) Hospital João Felício.

A4. Convênio (prontuário):

- (1) SUS.
- (2) Plano de saúde.
- (3) Particular.

A4a. Nome do plano de saúde privado (prontuário):

A5. Nome:

<https://ee.kobotoolbox.org/x/P8IZjX44>

1/47

A6. CPF:

A7. Cartão do SUS:

A8. Nome da mãe:

A9. Data de nascimento:

Formato: DD/MM/AAAA

A10. Data da primeira consulta:

Formato: DD/MM/AAAA

A11. Idade (primeira consulta):

A12. Endereço

Nome da rua, avenida, etc...

A13. Número da casa e complemento

A14. Bairro

A15. Cidade

A16. UF

A17. CEP

A18. Telefone fixo

A19. Telefone celular

A20. Nome do médico assistente

A21. Outros documentos

BLOCO B: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste bloco, vou perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

B1. Raça/cor (prontuário)

- (1) Branca.
- (2) Preta.
- (3) Amarela.
- (4) Parda.
- (5) Indígena.
- (6) Outra
- (999) Sem informação no prontuário.

B1_other. Especifique outra:

B2. Escolaridade (prontuário):

- (1) Analfabeto / menos de 1 ano de instrução.
- (2) Fundamental I incompleto (Primário Incompleto).
- (3) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto (Primário Completo/Ginásio Incompleto).
- (4) Fundamental completo/Médio incompleto (Ginásio Completo/Colegial Incompleto).
- (5) Médio completo/Superior incompleto (Colegial Completo/Superior Incompleto).
- (6) Superior Completo ou mais (Superior Completo ou mais).
- (999) Sem informação no prontuário.

B3. Estado civil (prontuário):

- (1) Solteira.
- (2) Casada/ União estável.
- (3) Separada.
- (4) Viúva.
- (999) Sem informação no prontuário.

B4. Ocupação:

B5. Religião:

- (1) Católica.
- (2) Protestante ou evangélica.
- (3) Espírita.
- (4) Judaica.
- (5) Outra.
- (999) Sem informação no prontuário

B5_other. Especifique outra:

B6. Outras informações sócio-demográficas:

BLOCO C: HÁBITOS DE VIDA

C1. Tabagismo (prontuário)

- (1) Tabagista.
- (2) Ex-tabagista.
- (3) Nunca fumou.
- (999) Sem informação no prontuário.

C1a1. Quantos cigarros fuma por dia? (prontuário)

C1a2. Quantos anos fuma? (prontuário)

C1b1. Há quanto tempo parou (anos)? (prontuário)

C1b2. Quantos cigarros fumava por dia? (prontuário)

C1b3. Quantos anos fumou? (prontuário)

C2. Etilismo (prontuário)

- (1) Bebe.
- (2) Já bebeu.
- (3) Nunca bebeu.
- (999) Sem informação no prontuário.

C2a. Carga etílica/dose (prontuário)

Observação: Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

C2b. Quantas vezes por semana? (prontuário)

C3. Outras informações sobre hábitos de vida.

BLOCO D: HISTÓRIA DE CÂNCER INDIVIDUAL E FAMILIAR

D1. História individual de câncer prévio?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

D1a. Local

- (1) Mama.
- (2) Ovário.
- (3) Cólon.
- (4) Pulmão.
- (5) Estômago.
- (6) Outra

D1a_other. Especifique outro:

D1b. Idade do primeiro câncer de mama

D2. História familiar de câncer de mama?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

D2a. Grau de parentesco

Se houver mais de um familiar, selecione mais de uma opção.

- (1) Pai.
- (2) Mãe.
- (3) Irmã.
- (4) Irmão.
- (5) Filho.
- (6) Filha.
- (7) Avô.
- (8) Avó.
- (9) Tio.
- (10) Tia.
- (11) Neto.
- (12) Neta.
- (13) Sobrinho.
- (14) Sobrinha.
- (15) Primo.
- (16) Prima.
- (999) Ignorado.

D3. História familiar de câncer de ovário?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

D3a. Grau de parentesco

Se houver mais de um familiar, selecione mais de uma opção.

- (1) Pai.
- (2) Mãe.
- (3) Irmã.
- (4) Irmão.
- (5) Filho.
- (6) Filha.
- (7) Avô.
- (8) Avó.
- (9) Tio.
- (10) Tia.
- (11) Neto.
- (12) Neta.
- (13) Sobrinho.
- (14) Sobrinha.
- (15) Primo.
- (16) Prima.
- (999) Ignorado.

D4. Outras informações sobre história familiar de câncer e história de câncer prévio.

BLOCO E: HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

Preencher com informações relacionadas ao diagnóstico.

E1. Idade da menarca

E2. Menstruação

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

E2a. Idade da última menstruação

E2b. A última menstruação foi após alguma cirurgia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E3. Uso de anticoncepcional hormonal (injetável, oral)

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E3a. Por quanto tempo (anos)

E4. Número de gestações

E5. Número de partos

E6. Número de abortos

E7. Idade do 1º parto

E8. Amamentação

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

E8a. Tempo médio de amamentação (meses)

E9. Uso de terapia de reposição hormonal

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

E9a. Tempo de uso de terapia de reposição hormonal (meses)

E10. Outras informações ginecológicas e/ou obstétricas

BLOCO F: COMORBIDADES

F1. Hipertensão Arterial

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F2. Cardiopatia

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F3. Diabetes

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F4. Dislipidemia

- (1) Não.
 (2) Sim.
 (999) Sem informação no prontuário.

F5. Outras doenças:

BLOCO G: MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

G1. Peso em Kg (1ª consulta)

G2. Altura em centímetros (prontuário)

G3. Superfície corporal

Não preencher, será inserido cálculo automático

G4. ECOG

BLOCO H: INVESTIGAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

H1. Como a doença foi detectada?

- (1) Nódulo, secreção ou alteração percebida pela mulher.
- (2) Detecção clínica por profissional de saúde
- (3) Rastreamento em mulheres assintomáticas.
- (4) Outro.
- (999) Sem informações no prontuário.

H1_other. Especifique outro:

H2. Data da identificação

Formato: DD/MM/AAAA.

H3. Fazia rastreamento mamográfico anterior a detecção?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

H3a. Data da última mamografia anterior a detecção ou ao diagnóstico

H4. Outras informações sobre rastreamento

H5. Mamografia alterada

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H5a. Data mamografia alterada

Formato: DD/MM/AAAA.

H5b. BIRADS mamografia - mama direita

H5c. BIRADS mamografia - mama esquerda

H5d. Fez a mamografia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H6. Ultrassonografia

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H6a. Data ultrassonografia alterada

Formato: DD/MM/AAAA

H6b. BIRADS ultrassonografia - mama direita

H6c. BIRADS ultrassonografia - mama esquerda

H6d. Fez a ultrassonografia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H7. Ressonância

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

H7a. Data ressonância alterada

Formato: DD/MM/AAAA

H7b. BIRADS ressonância - mama direita

H7c. BIRADS ressonância - mama esquerda

H7d. Fez a ressonância

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H8. Biópsia

- (1) Ausência de biópsia.
- (2) PAAF.
- (3) Core biopsy.
- (4) Biópsia à céu aberto.
- (5) Congelação.

H8a. Fez biópsia

- (1) SUS.
- (2) Particular.
- (3) Plano de saúde.
- (999) Sem informações no prontuário.

H8b. Data da biópsia:

Formato: DD/MM/AAAA.

H8c. Data do resultado da biópsia:

Formato: DD/MM/AAAA.

H8d. Resultado da biópsia:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Inconclusivo.
- (999) Sem informação no prontuário.

H9. Outras informações sobre investigação do câncer de mama:

BLOCO I: CARACTERÍSTICAS DO TUMOR

10. Número de tumores:

- (1) 1 tumor.
- (2) 2 tumores.
- (3) 3 ou mais tumores.

11. Localização do tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

NOTE_2. Descrição dos tumores

12a. Localização do 1º tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

13a. Quadrante do 1º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

i3a_other. Especifique outro

14a. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 1º tumor:

15a. Linfonodo (exame clínico) do 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

114a. Invasão perineural do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

115a. Invasão vascular do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

116a. Infiltrado inflamatório do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

117a. Multifocalidade do 1º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm - mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

118a. Multicentralidade do 1º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm - quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

119a. Invasão capsular do 1º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

16a. Cirurgia do 1º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

17a. Data da cirurgia do 1º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA

18a. Tipo de cirurgia do 1º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

19a. Data da entrada do material no laboratório do 1º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA

110a. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 1º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA

111a. Laboratório do 1º tumor:

112a. Tamanho anatomopatológico (cm) do 1º tumor:

113a. Tipo histológico do 1º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

113a_other. Especifique outro:

I20a. Extensão do 1º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21a. Margens cirúrgicas 1º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exigüas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas.
- (999) Sem informação no prontuário.

I22a. Houve ampliação de margem do 1º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I22ab. Data da ampliação de margem do 1º tumor

I23a. Tamanho do tumor residual 1º tumor:

Tamanho do tumor retrado na ampliação de margem.

I24a. Componente intraductal 1º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25a. Tipo de componente intraductal 1º tumor:

I26a. Grau histológico (formação tubular) 1º tumor:

127a. Grau nuclear 1º tumor:

128a. Grau mitótico 1º tumor:

129a. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 1º tumor:

Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

12b. Localização do 2º tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

13b. Quadrante do 2º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

i3b_other. Especifique outro

14b. Tamanho clínico/imaginológico (cm) do 2º tumor:

15b. Linfonodo (exame clínico) do 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

16b. Cirurgia do 2º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

17b. Data da cirurgia do 2º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

18b. Tipo de cirurgia do 2º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

19b. Data da entrada do material no laboratório do 2º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

110b. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 2º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

111b. Laboratório do 2º tumor:

112b. Tamanho anatomopatológico (cm) do 2º tumor:

113b. Tipo histológico do 2º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

i13b_other. Especifique outro:

114b. Invasão perineural do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

115b. Invasão vascular do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

116b. Infiltrado inflamatório do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

117b. Multifocalidade do 2º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm - mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

118b. Multicentralidade do 2º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm - quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

119b. Invasão capsular do 2º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

I20b. Extensão do 2º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

I21b. Margens cirúrgicas 2º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Exíguas.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas
- (999) Sem informação no prontuário.

I22b. Houve ampliação de margem do 2º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

I23b. Tamanho do tumor residual 2º tumor:

Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

I24b. Componente intraductal 2º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I25b. Tipo de componente intraductal 2º tumor:

I26b. Grau histológico (formação tubular) 2º tumor:

I27b. Grau nuclear 2º tumor:

128b. Grau mitótico 2º tumor:

129b. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 2º tumor:

Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

12c. Localização do 3º tumor:

- (1) Mama direita.
- (2) Mama esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

13c. Quadrante do 3º tumor:

- (1) QSL (quadrante superior lateral).
- (2) QIL (quadrante inferior lateral).
- (3) QSM (quadrante superior medial).
- (4) QIM (quadrante inferior medial).
- (5) Uqlat (união dos quadrantes laterais).
- (6) Uqsup (união dos quadrantes superiores).
- (7) Uqmed (união dos quadrantes mediais).
- (8) Uqinf (união dos quadrantes inferiores).
- (9) RRA (região retroareolar).
- (10) PA (prolongamento axilar).
- (11) Outro:
- (999) Sem informação no prontuário.

i3c_other. Especifique outro

14c. Tamanho clínico/imagiológico (cm) do 3º tumor:

15c. Linfonodo (exame clínico) do 3º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

16c. Cirurgia do 3º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

17c. Data da cirurgia do 3º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

18c. Tipo de cirurgia do 3º tumor:

- (1) Conservadora (nodulectomia ou quadrantectomia).
- (2) Radical (mastectomia).
- (999) Sem informação no prontuário.

19c. Data da entrada do material no laboratório do 3º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

110c. Data de liberação do laudo anatomopatológico do 3º tumor:

Formato: DD/MM/AAAA.

111c. Laboratório do 3º tumor:

112c. Tamanho anatomopatológico (cm) do 3º tumor:

113c. Tipo histológico do 3º tumor (copiar laudo):

- (1) Carcinoma Intra-ductal (in situ).
- (2) Carcinoma Lobular in situ.
- (3) Carcinoma Invasor ductal.
- (4) Carcinoma Invasor lobular.
- (5) Carcinoma Invasor papilífero.
- (6) Carcinoma Invasor anaplásico.
- (7) Carcinoma Invasor tubular.
- (8) Outro.

i13c_other. Especifique outro:

114c. Invasão perineural do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

115c. Invasão vascular do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

116c. Infiltrado inflamatório do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

117c. Multifocalidade do 3º tumor:

Foco(s) de lesão tumoral próximo à lesão principal (distância inferior a 5 cm - mesmo quadrante)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

118c. Multicentralidade do 3º tumor:

Existência de tumor(es) mais afastados da lesão principal (distância superior a 5 cm - quadrante diferente)

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

119c. Invasão capsular do 3º tumor:

- (1) Ausente.
- (2) Presente.
- (999) Sem informações no prontuário.

120c. Extensão do 3º tumor:

- (0) Sem comprometimento de estruturas adjacentes.
- (1) Pele da mama.
- (2) Mamilo.
- (3) Musculatura peitoral.
- (4) Pele da mama + Musculatura peitoral.
- (5) Pele da mama + Mamilo.
- (6) Mamilo + Musculatura peitoral.
- (7) Pele da mama + Mamilo + Musculatura peitoral.
- (999) Sem informação no prontuário.

121c. Margens cirúrgicas 3º tumor:

- (1) Livres.
- (2) Edigias.
- (3) Comprometidas.
- (4) Não avaliadas.
- (999) Sem informação no prontuário.

122c. Houve ampliação de margem do 3º tumor:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

123c. Tamanho do tumor residual 3º tumor:

Tamanho do tumor retirado na ampliação de margem.

124c. Componente intraductal 3º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

125c. Tipo de componente intraductal 3º tumor:

126c. Grau histológico (formação tubular) 3º tumor:

127c. Grau nuclear 3º tumor:

I28c. Grau mitótico 3º tumor:

I29c. Grau tumoral (classificação de Bloom & Richardson) 3º tumor:

Caso o laudo traga informações diferentes das anteriormente citadas copiar informações sobre grau tumoral neste campo

I30. Qual axila foi investigada?

- (1) Direita.
- (2) Esquerda.
- (3) Ambas.
- (999) Sem informação no prontuário.

NOTA 3: Descrição da axila investigada

I30a. 1ª axila:

- (1) Direita.
- (2) Esquerda.

I31a. Abordagem 1ª axila:

- (1) Linfonodo sentinela.
- (2) Esvaziamento axilar.
- (3) Ambas.
- (4) Não foi realizado
- (999) Sem informação no prontuário.

I32a. Número de linfonodos isolados - 1ª axila:

I33a. Número de linfonodos comprometidos - 1ª axila:

I34a. Invasão capsular linfonodal - 1ª axila:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I30b. 2ª axila:

- (1) Direita.
- (2) Esquerda.

I31b. Abordagem 2ª axila:

- (1) Linfonodo sentinela.
- (2) Esvaziamento axilar.
- (3) Ambas.
- (4) Não foi realizado
- (999) Sem informação no prontuário.

I32b. Número de linfonodos isolados - 2ª axila:

I33b. Número de linfonodos comprometidos - 2ª axila:

I34b. Invasão capsular linfonodal - 2ª axila:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

I35. Outras informações sobre tumor ou laudo histopatológico

BLOCO J: IMUNOHISTOQUÍMICA

J0a. Imunohistoquímica 1º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

J1a. Data da entrada do material no laboratório 1º tumor:

J2a. Data de liberação do laudo 1º tumor:

J3a. Estrógeno 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J4a. Valor estrógeno (laudo) 1º tumor:

J5a. Progesterona 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J6a. Valor progesterona (laudo) 1º tumor:

J7a. P53 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J8a. Valor P53 (laudo) 1º tumor:

J9a. Vimentina 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J10a. Valor vimentina (laudo) 1º tumor:

J11a. HER2 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J12a. Valor HER2 (laudo) 1º tumor:

J13a. Ki67 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J14a. Valor Ki67 (laudo) 1º tumor:

J15a. Citoqueratinas 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J16a. Valor citoqueratinas (laudo) 1º tumor:

J17a. EGFR 1º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J18a. Valor EGFR (laudo) 1º tumor:

J19a. FISH 1º tumor:

- (1) Positivo.
- (2) Negativo.
- (3) Não informado.
- (4) Duvidoso.

J20a. Data do FISH 1º tumor:

J0b. Imunohistoquímica 2º tumor:

- (1) Presente.
- (2) Ausente.
- (999) Sem informação no prontuário.

J1b. Data da entrada do material no laboratório 2º tumor:

J2b. Data de liberação do laudo 2º tumor:

J3b. Estrógeno 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J4b. Valor estrógeno (laudo) 2º tumor:

J5b. Progesterona 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J6b. Valor progesterona (laudo) 2º tumor:

J7b. P53 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J8b. Valor P53 (laudo) 2º tumor:

J9b. Vimentina 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J10b. Valor vimentina (laudo) 2º tumor:

J11b. HER2 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J12b. Valor HER2 (laudo) 2º tumor:

J13b. Ki67 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J14b. Valor Ki67 (laudo) 2º tumor:

J15b. Citoqueratinas 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J16b. Valor citoqueratinas (laudo) 2º tumor:

J17b. EGFR 2º tumor:

- (1) Negativo.
- (2) Positivo.
- (3) Não informado.

J18b. Valor EGFR (laudo) 2º tumor:

J19b. FISH 2º tumor:

- (1) Positivo.
- (2) Negativo.
- (3) Não informado.
- (4) Duvidoso.

J20b. Data do FISH 2º tumor:

J11. Outras informações sobre imunohistoquímica:

BLOCO K: ESTADIAMENTO

K1. Exames para estadiamento para a doença

Anotar todos os exames de imagem que foram realizados para definir o estadiamento (RX, RM, TM, Cintilografia, USG)

K2. Estadiamento clínico (TNM):

K3. Estadiamento patológico (TNM):

K4. UICC:

Obs.: Quando a paciente recebeu tratamento neo-adjuvante sempre considerar o estadiamento clínico inicial.

- (1) Estádio 0.
- (2) Estádio I.
- (3) Estádio IIA.
- (4) Estádio IIB.
- (5) Estádio IIIA.
- (6) Estádio IIIB.
- (7) Estádio IIIC.
- (8) Estádio IV.
- (999) Sem informação no prontuário.

K5. Outras informações sobre estadiamento do câncer de mama

BLOCO L: METÁSTASE SISTÊMICA AO DIAGNÓSTICO**L1. Metástase sistêmica ao diagnóstico?**

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

L2. Data do exame complementar que diagnosticou a doença metastática:

(Formato: DD/MM/AAAA)

L3. No período que foi identificada a doença metastática a mulher encontrava-se:

- (1) Assintomática
- (2) Sintomática
- (999) Sem informação no prontuário.

L4. Houve confirmação da metástase?

- (1) Biópsia
- (2) Imagem
- (3) Biópsia + imagem
- (4) Marcadores
- (6) Clínico
- (7) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

L4_other. Especifique outro:

L5. Sítio da metástase:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

L5_other. Especifique outro

L6. Outras informações sobre metástase sistêmica ao diagnóstico:

BLOCO M: TRATAMENTO COMPLEMENTAR

M1. Tratamento complementar?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

M1a. Tipo de tratamento complementar

- (1) Neoadjuvante.
- (2) Adjuvante.
- (3) Neoadjuvante + adjuvante.
- (4) Paliativa.
- (999) Sem informação no prontuário.

M2. Outras informações sobre tratamento complementar:

BLOCO N: RADIOTERAPIA

N1. Radioterapia:

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

V33. Sinto raiva do meu corpo.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V34. Preciso ser tranquilizada a respeito da minha saúde.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V35. Posso participar de atividades normais.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V36. Tenho problemas de me concentrar.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V37. Meu corpo me impede de fazer coisas que eu quero fazer.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V38. Acho que minhas mamas parecem desiguais para os outros.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V39. As dores no braço são um problema para mim.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V40. Preocupo-me com pequenas dores.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V41. Sinto-me normal.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

V42. Sinto que as pessoas podem falar que minhas mamas não são normais.

- (1) Nunca
- (2) Raramente.
- (3) Às vezes.
- (4) Frequentemente.
- (5) Sempre.

O1b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

O1c. Número de ciclos do esquema:

O2. Esquema 2:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platiniol.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Fasíodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) IAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O2_other: Especifique outro:

O2a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

O2b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

O2c. Número de ciclos do esquema:

O3. Esquema 3:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platirar/ Platiniil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Fasiodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirrubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platirari (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

O3_other: Especifique outro:

O3a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O3b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

O3c. Número de ciclos do esquema:

O4. Caso tenham existido mais registros de esquemas inserir as informações a seguir:

O5. Houve atraso após iniciar a quimioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

O5a. Qual o motivo do atraso na quimioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário.

O5a_other. Especifique outro:

O6. Houve toxicidade durante a quimioterapia?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

O6a. Quando ocorreu a toxicidade?

- (1) Precoce (0-3 dias).
- (2) Imediata (0 -21 dias).
- (3) Tardia (meses).
- (4) Ultra-tardia (meses ou anos).

O6b. Especifique

- (1) Cardíaca.
- (2) Hematológica.
- (3) Alérgica.
- (4) Alopecia.
- (5) Neuronal.
- (6) Renal.
- (7) Gástrica.
- (8) Outras.

O6b_other. Especifique outro:

O7. Outras informações sobre quimioterapia:

BLOCO P: HORMONIOTERAPIA

P0. Hormioterapia

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

P1. Esquema 1:

- (12) Inibidores da aromatase.
- (15) Megestrol.
- (20) Tamoxifeno.
- (24) Outras.

P1_other: Especifique outro:

P1a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P1b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P1c. Total de meses que utilizou a droga:

P2. Esquema 2:

- (12) Inibidores da aromatase.
- (15) Megestrol.
- (20) Tamoxifeno.
- (24) Outras.

P2_other: Especifique outro:

P2a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P2b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA.

P2c. Total de meses que utilizou a droga:

P3. Houve atraso após iniciar a hormonioterapia?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

P3a. Qual o motivo do atraso na hormonioterapia?

- (1) Efeito colateral.
- (2) Recusa da mulher.
- (3) Dificuldade de retorno da mulher (transporte).
- (4) Faltou medicamento.
- (5) Outros problemas.
- (999) Sem informação no prontuário.

P3a_other. Especifique outro:

P4. Houve toxicidade durante a hormonioterapia?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

P4a. Quando ocorreu a toxicidade?

- (1) Precoce (0-3 dias).
- (2) Imediata (0 -21 dias).
- (3) Tardia (meses).
- (4) Ultra-tardia (meses ou anos).

P4b. Especifique:

- (1) Espessamento endometrial.
- (2) Osteoporose.
- (3) Oftálmica.
- (4) Esteatose hepática.
- (5) Vasculopatia/tromboembolismo.
- (6) Outra.

PO4b_other. Especifique outro:

P5. Outras informações sobre hormonioterapia:

BLOCO Q: RECIDIVA LOCO-REGIONAL

Q1. Recidiva loco-regional no curso do tratamento ou no acompanhamento?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q2. A recidiva ocorreu durante:

- (1) Tratamento.
- (2) Acompanhamento.

Q3. Sítio da recidiva

- (1) Local (Doença na mama após cirurgia conservadora ou no plastrão).
- (2) Regional (Metástase para drenagem linfática - mama interna, axila e fossa).

Q3a. Data da recidiva:

Formato: DD/MM/AAAA.

Q4. Tratamento locorregional instituído?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q4a. Qual tratamento locorregional instituído

- (1) Cirurgia.
- (2) RXT.
- (3) Cirurgia + RXT.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q5. Tratamento sistêmico instituído?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q5a. Linha:

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ PlatiniL.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Faslodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

Q5a_other: Especifique outro:

Q5b. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

Q5c. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

Q5d. Número de ciclos do esquema:

Q6. Houve mudança no esquema?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q7. Motivo da mudança do esquema (linha):

- (1) Manutenção após estabilização.
- (2) Progressão.
- (3) Toxicidade proibitiva.
- (4) Dose máxima.
- (5) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

Q7_other. Especifique outro:

Q8. Novo Esquema (linha):

- (1) AC (Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (2) Bevacizumab.
- (3) Camptosar.
- (4) Carboplatina.
- (5) Cisplatina/ Platiran/ Platiniil.
- (6) CMF (Ciclofosfamida + metotrexate + Fluorouracil).
- (7) FAC (Fluorouracil + Adriblastina/ Adriamicina + Ciclofosfamida)
- (8) Fasiodex.
- (9) FEC (Fluorouracil + Epirubicina + Ciclofosfamida.
- (10) Gemzar/Gemcitabina.
- (11) Herceptin/ Trastuzumabe.
- (13) Inibidor da osteólise.
- (14) Lapatinibe.
- (16) Navelbine/ Vinorelbina.
- (17) O-Plat.
- (18) Platiran (cisplatina).
- (19) TAC (Taxotere/ Docetaxel + Ciclofosfamida + Adriblastina).
- (21) Taxol/ Paclitaxel.
- (22) Taxotere/ Docetaxel.
- (23) Vimblastina.
- (24) Outras.
- (25) Sem informação no prontuário.

Q8_other: Especifique outro:

Q8a. Data do início do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

Q8b. Data do término do esquema:

Formato: DD/MM/AAAA

Q8c. Número de ciclos do esquema:

Q9. Outras informações referentes a recidiva loco-regional:

BLOCO R: METÁSTASE À DISTÂNCIA NO CURSO DO TRATAMENTO OU NO ACOMPANHAMENTO

R1. Metástase à distância no curso do tratamento ou no acompanhamento?

- (1) Não.
- (2) Sim.
- (999) Sem informação no prontuário.

R2. Data da identificação da metástase:

Formato: DD/MM/AAAA.

R3. A metástase à distância ocorreu durante:

- (1) Tratamento.
- (2) Acompanhamento.

R4. No período que foi identificada a doença metastática à distância a mulher encontrava-se:

- (1) Assintomática.
- (2) Sintomática.
- (999) Sem informação no prontuário.

R5. Houve confirmação da metástase à distância?

- (1) Biópsia
- (2) Imagem
- (3) Biópsia + Imagem
- (4) Marcadores
- (5) Clínico
- (7) Outro.
- (999) Sem informação no prontuário.

R5_other. Especifique:

R6. Sítio da metástase (1) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R6_other. Especifique:

R7. Sítio da metástase (2) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outro.

R7_other. Especifique:

R8. Sítio da metástase (3) à distância:

- (1) Óssea.
- (2) Pulmonar.
- (3) SNC.
- (4) Hepática.
- (5) Crise visceral (considerar linfangite pulmonar e/ou metástase hepática extensa).
- (6) Parte moles/cutânea (considerar implantes cutâneos na musculatura e tecido subcutâneo).
- (7) Linfonodos não regionais.
- (8) Derrame pleural.
- (9) Derrame pericárdico.
- (10) Linfonodos contralaterais.
- (11) Outros.

R8_other. Especifique:

R9. Qual(is) outro(s) sítio(s) de metástase à distância?

R10. Tratamento da metástase à distância?

- (1) Sim.
- (2) Não.
- (999) Sem informação no prontuário.

R11. Data do início do tratamento:

Formato: DD/MM/AAAA.

R12. Outras informações sobre metástase à distância no curso do tratamento ou no acompanhamento

BLOCO 5: SEGUIMENTO

S1. Data do último contato:

Formato: DD/MM/AAAA.

S2. Fonte da última data de contato

- (1) Prontuário.
- (2) Urgência do hospital.
- (3) Contato telefônico.
- (4) Outra.
- (5) Entrevista face a face.

S2_other. Especifique:

S3. Estado da doença no último contato

- (1) Sem evidências de doença (Desaparecimento do tumor e de suas metástases).
- (2) Doença estável (Pacientes que não apresentam resposta completa e nem progressão de doença, ou seja, há doença presente sem progressão).
- (3) Remissão parcial (Redução mínima de 50% no diâmetro do tumor palpável e/ou nas imagens de sítios metastáticos).
- (4) Doença em progressão (Aumento dos diâmetros tumorais pré-existentes e/ou surgimento de novos focos metastáticos).
- (5) Fora de possibilidade terapêutica (Pacientes sem condições clínicas para serem submetidas a qualquer tipo de tratamento anti-blástico -> Paciente terminal)
- (6) Óbito.
- (999) Ignorado.

S3a. Data do óbito:

Formato: DD/MM/AAAA

S3b. Fonte da informação do óbito:

- (1) Prontuário.
- (2) Declaração de óbito.
- (3) Outra.

S3b_other. Especifique:

S3c. CID declarado na Declaração de óbito:

S3d. Causa do óbito registrada na DO:

S4. Outras informações sobre seguimento:

Devem ser inseridas informações mais detalhadas sobre o último contato com a mulher, informações sobre o óbito ou outros dados que sejam importantes para melhorar as informações de seguimento

FIM DO QUESTIONÁRIO

APÊNDICE D – Autorização para utilização do EORTC-30 e EORTC-23 (versão inglês)

09/10/2019 Email – Angélic Atala Lombelo Campos – Outlook

Outlook ← eortc c30 Filtros 🔍 📧 📁 ⚙️ ?

☰ + Nova mensagem ↶ Responder 🗑️ Excluir 📁 Arquivar 🗑️ Lixo Eletrônico 📁 Mover para 🔗 Cate

▼ Pastas

- 📧 Caixa de Entrada 5
- 🗑️ Lixo Eletrônico 39
- ✍️ Rascunhos 254
- Itens Enviados
- 🗑️ Itens Excluídos 113
- 📁 Arquivo Morto
- 📄 Anotações
- Conversation History
- RSS Feeds
- Nova pasta
- > Grupos

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 56331

Traduzir a mensagem para: Português | Nunca traduzir do: Inglês

N no-reply@eortc.be
Qua, 26/09/2018 07:48
Você

Dear Angélica Atala Lombelo Campos,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During th registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

- [QLQ-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazilian\)](#)
- [Breast Module \(BR23\) - Portuguese \(Brazilian\)](#)
- [Breast Module \(BR23\) - Portuguese \(Brazilian\)](#)

Scoring Manuals:

- [BR23 Scoring Manual](#)
- [BR23 Scoring Manual](#)

EORTC

- <http://www.eortc.org>
- <http://qol.eortc.org>

NOTE:
This email was automatically generated. Since this email is an automatic notificatio we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

 http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg

[Disclaimer](#) | [🐦](#) [f](#) [in](#)

Atualizar para o Office 365 com Recursos premium do Outlook

📧 📅 👤 🗑️ ✓

APÊNDICE E– Autorização para utilização do EORTC-30 e EORTC-23 (versão português)



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

Faculdade de Saúde Pública/USP - Depto. Epidemiologia.
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cep 01246-904 - São Paulo-SP

São Paulo, 20 de fevereiro de 2019.

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos o uso, pela pesquisadora **Angélica Atala Lombelo Campos**, do questionário de qualidade de vida específico para câncer de mama EORTC-C30 e EORTC-BR23, validado para português (Brasil).


Fernanda Alessandra Silva Michels
Coordenadora do Registro de Câncer de São Paulo


Prof. Dra. Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre
Professora Titular FSP - USP


Dra. Maria do Socorro Maciel
Chefe Departamento de Mastologia – Hospital do Câncer AC Camargo

APÊNDICE F – ARTIGO

Tipo de publicação - Artigo original

Imagem corporal, função e satisfação sexual em mulheres com câncer de mama

Body Image, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Women with Breast Cancer

Imagen Corporal, Función y Satisfacción Sexual en Mujeres con Cáncer de Mama

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação de fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos com a imagem corporal, a função e a satisfação sexual em mulheres com câncer de mama.

Método: Trata-se de um estudo transversal com mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre 2014 e 2016 em Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de prontuários e entrevistas presenciais, utilizando o questionário EORTC QLQ-BR23. Realizaram-se análises descritivas, bivariadas e multivariadas por regressão de Poisson.

Resultados: As médias de função e satisfação sexual foram baixas, mas a percepção da imagem corporal foi alta. A situação conjugal se associa à função sexual, com pior função entre mulheres sem companheiro, e maior nível educacional associado a melhor função.

Conclusão: Destaca-se a importância de abordar sexualidade no tratamento da neoplasia mamária. Profissionais de saúde devem fornecer orientações, considerando fatores sociodemográficos, para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres com câncer de mama.

Descritores: Neoplasias de Mama. Imagem Corporal. Sexualidade. Estudo de Prevalência.

ABSTRACT

Objective To investigate the association of sociodemographic, clinical, and anthropometric factors with body image, sexual function, and satisfaction in women with breast cancer.

Method: This is a cross-sectional study involving women diagnosed with breast cancer between 2014 and 2016 in Minas Gerais. Data were collected through medical records and face-to-face interviews, using the EORTC QLQ-BR23 questionnaire. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were conducted using Poisson regression.

Results: The mean scores for sexual function and satisfaction were low, while body image perception was high. Marital status was associated with sexual function, with worse function among women without a partner, and higher educational level was associated with better function.

Conclusion: The importance of addressing sexuality in breast cancer treatment is emphasized. Healthcare professionals should provide guidance considering sociodemographic factors to enhance the quality of life and well-being of women with breast cancer.

Descriptors: Breast Neoplasms. Body Image. Sexuality. Prevalence Study.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la asociación de factores sociodemográficos, clínicos y antropométricos con la imagen corporal, la función y la satisfacción sexual en mujeres con cáncer de mama.

Método Se trata de un estudio transversal con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama entre 2014 y 2016 en Minas Gerais. Los datos se recopilaron mediante historias clínicas y entrevistas presenciales, utilizando el cuestionario EORTC QLQ-BR23. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y multivariados mediante regresión de Poisson.

Resultados: Las puntuaciones medias de la función sexual y la satisfacción fueron bajas, mientras que la percepción de la imagen corporal fue alta. El estado civil se asoció con la función sexual, siendo peor la función en mujeres sin pareja, y un nivel educativo más alto se relacionó con una mejor función.

Conclusión: Se destaca la importancia de abordar la sexualidad en el tratamiento del cáncer de mama. Los profesionales de la salud deben brindar orientación considerando factores sociodemográficos para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las mujeres con cáncer de mama.

Descriptor: Cáncer de Mama. Imagen Corporal. Sexualidad. Estudio de Prevalencia.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama, é uma doença multifatorial, com alta incidência, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre mulheres no mundo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a estimativa para o total de novos casos de câncer de mama no Brasil, no período de 2023 a 2025, é de 73.610 ocorrências, o que equivale a uma taxa estimada de 66,54 novos casos a cada 100 mil mulheres⁽¹⁾. Destaca-se a grande variação na incidência e na mortalidade entre países, a depender do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), diante da exposição a fatores de risco relativos a condições sociais e estilo de vida⁽²⁾.

O câncer de mama é a primeira causa de morte por neoplasia em mulheres no Brasil, sendo a mais frequente em quase todas as regiões brasileiras, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero é o de maior incidência. Em 2019, a taxa de mortalidade por câncer de mama, ajustada pela população mundial, foi de 14,23 óbitos/100.000 mulheres. As regiões Sudeste e Sul do Brasil apresentam as taxas mais elevadas⁽³⁾.

Ressalta-se que mesmo com aumento da incidência nas regiões brasileiras, a sobrevida em longo prazo de mulheres com câncer de mama vem aumentando no Brasil, embora apresentando menores taxas, se comparados a países com maior renda⁽⁴⁾. Esse aumento da sobrevida pode ter relação com a melhoria nas condições de tratamento e rastreamento mamográfico⁽⁵⁾. Segundo o Estudo Concord-3, no Brasil, as estimativas de sobrevida em cinco anos para câncer de mama em mulheres foram de 75,2% para o período de 2010 a 2014, menor dos que os 89,5% observados na Austrália e 90,2% nos EUA. Já na Índia a porcentagem está em níveis mais baixos como 66,1%⁽⁶⁾. Tais indicadores podem estar associados aos fatores relacionados ao conhecimento da doença, às dificuldades de acesso das mulheres aos métodos

diagnósticos e ao tratamento adequado, resultando no diagnóstico da doença em estágios mais avançados do câncer de mama, responsável por um pior prognóstico⁽⁷⁾.

Os cuidados multidisciplinares no tratamento do câncer de mama são necessários, uma vez que podem acontecer várias mudanças, inclusive na sexualidade e na imagem corporal, tornando essenciais as orientações dos profissionais de saúde⁽⁸⁾. Mulheres menos satisfeitas com sua imagem corporal após o diagnóstico de câncer de mama têm mais chances de vivenciar problemas sexuais, o que demonstra a importância de abordar sexualidade e imagem corporal de forma concomitante⁽⁹⁾.

Encontramos na literatura algumas associações da imagem corporal e da sexualidade das mulheres com câncer de mama com fatores sociodemográficos, principalmente relacionadas à idade, sendo que mulheres jovens com câncer de mama têm maiores preocupações do que as mais velhas em relação às mudanças na sexualidade, na fertilidade e na imagem corporal⁽¹⁰⁾. Essas associações também foram encontradas em relação às redes de cuidados de suporte, como estado conjugal, grupos familiares e parceiros, considerados fatores de proteção contra o sofrimento relativo à percepção da imagem corporal e à sexualidade⁽¹¹⁾.

O objetivo foi investigar a associação dos fatores sociodemográficos, clínicos e antropométricos com a imagem corporal, a função sexual e a satisfação sexual em mulheres sobreviventes do câncer de mama. Os resultados buscam subsidiar o delineamento de intervenções voltadas para a difusão de informações entre mulheres com câncer de mama e auxiliar no desenvolvimento de decisões estratégicas relativamente à implementação de políticas públicas de saúde e sua adequação no controle e na qualidade de vida relacionados ao câncer de mama.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e analítico, desenvolvido no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo, que envolve uma coorte de mulheres sobreviventes do câncer de mama assistidas em serviços de oncologia da cidade de Juiz de Fora - MG.

A pesquisa foi realizada com uma população-alvo de mulheres acima de 18 anos que receberam o diagnóstico de câncer de mama no período entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016 e faziam acompanhamento em centros de referência em oncologia nas redes pública e privada de Juiz de Fora. A coleta de dados foi realizada nos serviços de oncologia do Hospital 9 de Julho e Instituto Oncológico. As mulheres elegíveis foram convidadas a responder um questionário face a face, aplicado por pesquisadores previamente treinados da área da saúde.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou o total de 230 mulheres elegíveis para o estudo, a estimativa de prevalência de distúrbios na qualidade de vida e seus domínios de 50%, erro de 8% e intervalo de confiança de 95%, resultando na inclusão de pelo menos 92 participantes.

Com isso foi realizado recrutamento das 230 mulheres elegíveis restantes até atingir o tamanho amostral estimado. Para 57 mulheres não foi possível estabelecer contato telefônico em, pelo menos, três tentativas realizadas em dias e horários alternados, 45 mulheres se recusaram a participar da coleta de dados e 27 não compareceram ao recrutamento mesmo tendo confirmado a presença em, pelo menos, três agendamentos por contato telefônico em diferentes dias. A amostra final foi então constituída por 101 mulheres.

Na coleta de dados, utilizaram-se questionários aplicados face a face, por pesquisadores previamente treinados, em local reservado e individualizado, um formulário eletrônico, editado no aplicativo KoBo Tollbox (versão 1.4.3; KoBo Tollbox, EUA), por meio de tablets com sistema operacional Android (Google, Inc, Mountain View, Califórnia, EUA). Foram investigadas questões sociais, demográficas e econômicas, além de questões relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento da doença, além de dados antropométricos relatados.

Para avaliar a imagem corporal e a sexualidade das mulheres com câncer de mama utilizou-se o questionário (EORTC QLQ-BR23), desenvolvido e validado pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento de Qualidade de Vida Específica do Câncer de Mama (EORTC). Para atender aos objetivos deste estudo, os domínios utilizados foram aqueles que avaliam a imagem corporal (questões 39 a 42), a função sexual (desejo e frequência, perguntas 44 e 45, respectivamente) e a satisfação sexual (questão 46). As respostas referem-se às quatro semanas anteriores e são pontuadas em uma escala do tipo *Likert* (1: nada; 2: um pouco; 3: bastante; e 4: muito). De acordo com o manual disponibilizado pelo grupo EORTC, o número total de pontos é, em seguida, convertido em pontuações que variam de 0 a 100, categorizadas em maiores ou menores que 50. Nos domínios analisados, quanto maior a pontuação, melhor o resultado em termos de qualidade de vida.

Para utilização do questionário de qualidade de vida, a equipe de pesquisa solicitou aos autores da versão original e da versão traduzida e validada para a população brasileira, a autorização para a aplicação do questionário como instrumento de coleta.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes:

Sociodemográficas: ocupação – trabalha (sim; não); situação conjugal (sem companheiro; com companheiro); grau de instrução (\leq ensino fundamental, \leq ensino médio e

≥ superior); faixa etária (≤ 49 anos e ≥ 50 anos; cor da pele (branca e não branca); e tipo de assistência (privada e pública).

Clínicas: Tempo entre o diagnóstico e a entrevista (menos ou mais de 4 anos); estado nutricional (eutrofia; sobrepeso); presença de comorbidades, mediante registro no prontuário de pelo menos uma outra doença concomitante (sim, não); estadiamento (inicial – 0 e I, II e avançado - III); intervenção cirúrgica (setorectomia; mastectomia com ou sem reconstrução); tratamento realizado (quimioterapia; radioterapia; hormonioterapia).

Foi realizada uma análise descritiva para conhecer a distribuição e a prevalência das variáveis, seguida da análise bivariada, considerando-se como variáveis dependentes a imagem corporal, a função sexual e a satisfação sexual. As variáveis preditoras foram as características sociodemográficas, clínicas e antropométricas. A regressão de Poisson foi utilizada na análise bivariada e multivariada para avaliar as associações existentes, considerando-se estatisticamente significantes as que apresentaram $p \leq 0,05$. No caso das variáveis dependentes, foram calculadas a média e a mediana. Para explorar as possíveis associações existentes foi utilizada a correlação de *Spearman*. Também foi realizado um *crosstab* para visualizar e explorar as associações entre as duas variáveis significativas na análise multivariada, examinando como as frequências ou proporções das categorias variam em cada combinação, de modo a identificar padrões, tendências e diferenças na estratificação por idade. As análises foram processadas no software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (versão 20.0, IBM Corp., Estados Unidos) e no software STATA® (versão 13.0; StataCorp. LP, Estados Unidos da América), admitindo-se o nível de significância para a inferência estatística de 5%.

O estudo intitulado “Qualidade de vida, imagem corporal, aspectos socioeconômicos e comportamentais segundo características tumorais e clínicas em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em Juiz de Fora, Minas Gerais” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o número de parecer: 3.128.283; CAAE 05341019.5.0000.5147.

RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas, a maioria das mulheres tinha 50 anos ou mais (70,3%), trabalhava (82,2%), apresentava companheiro (55,4%), tinha mais de 8 anos de estudo completos (59,4%), era da raça branca (71,2%), e realizou o tratamento na assistência pública (55,4%). As características antropométricas demonstraram que 64,4% das mulheres apresentaram sobrepeso. Uma porcentagem de 66,3% das mulheres relatou apresentar comorbidades, assim consideradas de acordo com a existência ou não de registro no prontuário,

ou quando mulher confirmava pelo menos uma outra doença concomitante, como por exemplo, hipertensão, cardiopatia, diabetes, dislipidemia, ou alguma outra doença relatada. Em relação à cirurgia, 64,4% realizaram a setorectomia. Quando responderam à entrevista, 56 mulheres (55,4%) receberam o diagnóstico havia menos de 4 anos. Relativamente ao estágio da doença, 42,6% mulheres estavam no estadiamento II no momento do diagnóstico e, em relação ao tratamento, 87,1% das mulheres realizaram hormonioterapia, 85,1% radioterapia e 68,3% quimioterapia.

Conforme mostrado na tabela 1, as pontuações de função sexual (31,49) e satisfação sexual (50,50) foram baixas e a percepção de imagem corporal (82,87) foi alta. Vale ressaltar que 42 mulheres não tiveram relações sexuais nas quatro semanas anteriores. Por isso, apenas 59 mulheres puderam responder ao item satisfação sexual.

Tabela 1 - Pontuação média e mediana do questionário QLQ-BR-23 (n= 101)

Variável	Média (DP)	Mediana
Imagem Corporal *	82,59 (24,83)	91,66
Função Sexual *	30,03 (30,55)	33,33
Satisfação Sexual *	52,54 (38,75)	66,66

Fonte: Dados da pesquisa

*correlação positiva. Maiores escores, melhor qualidade de vida.

A tabela 2 mostra que não houve correlação entre imagem corporal e qualquer um dos outros domínios associados com a sexualidade.

Tabela 2 - Matriz de correlação de Spearman entre o domínio imagem corporal e os domínios função sexual e satisfação sexual

	Função Sexual	Satisfação Sexual
Imagem Corporal		
<i>R</i>	-,038	0,029
<i>P-valor</i>	0,353	0,415

Fonte: Dados da pesquisa

r: coeficiente de correlação de Spearman; valor p ($p < 0,05$) significativa. Domínios avaliados pelo questionário QLQ-BR-23.

A tabela 3 apresenta a análise bivariada relativamente aos desfechos imagem corporal, função sexual e satisfação sexual. Imagem corporal e satisfação sexual não revelaram associações significativas entre os fatores analisados e os desfechos. No entanto, observaram-se algumas associações relacionadas à função sexual. Mulheres acima de 50 anos ($p = 0,04$), sem companheiro ($p = 0,031$) e que não trabalhavam ($p = 0,018$) apresentaram pior função sexual. Por outro lado, mulheres com ensino médio completo ($p = 0,050$) mostraram melhor função sexual.

Tabela 3. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres assistidas em um Centro de Referência em Oncologia, segundo imagem corporal, função sexual e satisfação sexual para o câncer de mama

Variáveis	IMAGEM CORPORAL						FUNÇÃO SEXUAL					
	N	Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	RP	IC	p-valor	N	Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	RP	IC	p-valor
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS												
Faixa etária												
≤ 49 anos	30	25 (28,0)	5 (41,6)				30	10 (47,6)	20 (25,0)			
≥ 50 anos	71	64 (71,9)	7 (58,3)	1,08	0,90 - 1,29	0,388	71	11 (52,3)	60 (75,0)	0,46	0,22 - 0,98	0,044
Situação conjugal												
Com companheiro	56	48 (53,9)	8 (66,6)				56	16 (76,1)	38 (47,5)			
Sem companheiro	45	41 (46,7)	4 (33,3)	1,06	0,92 - 1,22	0,397	45	5 (23,8)	42 (52,4)	0,33	0,19 - 0,56	0,031
Grau de instrução												
≤ Fundamental completo	41	37 (41,5)	4 (33,3)				41	4 (19,0)	37 (46,2)			
≤ Ensino médio	30	26 (29,2)	4 (33,3)	0,96	0,80 - 1,14	0,648	30	9 (42,8)	21 (26,2)	1,90	1,19 - 3,04	0,050
≥ Superior completo	30	26 (29,2)	4 (33,3)	0,96	0,80 - 1,14	0,648	30	8 (38,1)	22 (27,5)	1,41	0,83 - 2,04	0,198
Tempo de diagnóstico												
Mais que 4 anos	45	37 (41,5)	8 (66,6)				45	11 (52,3)	34 (42,5)			
Menos que 4 anos	56	52 (58,4)	4 (33,3)	1,12	0,96 - 1,31	0,124	56	10 (47,6)	46 (57,5)	1,19	0,78 - 1,83	0,400
Situação ocupacional												
Trabalha	77	66 (81,4)	11 (91,6)				77	21 (100)	56 (77,7)			
Não trabalha	16	15 (18,5)	1 (8,3)	1,14	0,95 - 1,36	0,134	16	0 (0)	16 (22,2)	0,47	0,25 - 0,88	0,018
Cor da pele												
Branca	72	64 (71,9)	8 (66,6)				72	15 (71,4)	57 (71,2)			
Não branca	29	25 (28,0)	4 (33,3)	0,96	0,82 - 1,14	0,720	29	6 (28,5)	23 (28,7)	0,99	0,42 - 2,31	0,987
Tipo de assistência												
Privada	45	41 (46,0)	4 (33,3)				45	11 (52,3)	34 (42,5)			
Pública	56	48 (53,9)	8 (66,6)	0,94	0,81 - 1,08	0,397	56	10 (47,6)	46 (57,5)	0,73	0,33 - 1,56	0,421

Tabela 3 cont.

Variáveis	N	CARCTERISTICAS CLÍNICAS						N	Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	RP	IC	p-valor
		Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	RP	IC	p-valor							
Comorbidades[□]													
Sim	67	61 (68,5)	6 (50,0)				67	13 (61,9)	54 (67,5)				
Não	34	28 (31,4)	6 (50,0)	0,90	0,76 - 1,07	0,257	34	8 (38,1)	26 (32,5)	1,17	0,79 - 1,73	0,414	
Cirurgia													
Setorectomia	65	59 (67,0)	6 (50,0)				65	14 (66,6)	51 (64,5)				
Mastectomia	35	29 (32,9)	6 (50,0)	0,91	0,76 - 1,08	0,294	35	7 (33,3)	28 (35,4)	0,72	0,45 - 1,14	0,169	
IMC													
Eutrofia	33	31 (36,4)	2 (22,2)				33	8 (42,1)	25 (33,3)				
Sobrepeso	61	54 (63,5)	7 (77,7)	1,09	0,90 - 1,33	0,361	61	11 (57,8)	50 (66,6)	0,81	0,54 - 1,22	0,321	
Estadiamento													
0 e I	36	33 (37,0)	3 (25,0)				36	7 (33,3)	29 (36,2)				
II	43	37 (41,5)	6 (50,0)	0,93	0,80 - 1,09	0,428	43	8 (38,1)	35 (43,7)	0,93	0,60 - 1,44	0,765	
III	22	19 (21,3)	3 (25,0)	0,94	0,77 - 1,14	0,547	22	6 (28,5)	16 (20,0)	0,91	0,51 - 1,61	0,757	
Hormonioterapia													
Sim	88	77 (86,5)	11 (91,6)				88	17 (80,9)	71 (89,8)				
Não	12	11 (12,3)	1 (8,3)	1,04	0,86 - 1,26	0,629	12	4 (19,0)	8 (10,1)	1,72	0,69 - 4,29	0,241	

Tabela 3 cont.

SATISFAÇÃO SEXUAL						
Variáveis	N	Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	RP	IC	p-valor
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Faixa etária						
≤ 49 anos	30	11 (34,3)	11 (40,7)			
≥ 50 anos	71	21 (65,3)	16 (59,2)	1,13	0,68 - 1,87	0,625
Situação conjugal						
Com companheiro	44	24 (75,0)	20 (74,0)			
Sem companheiro	15	8 (25,0)	7 (25,9)	0,97	0,56 - 1,69	0,936
Grau de instrução						
≤ Fundamental completo	19	10 (31,2)	9 (33,3)			
≤ Ensino médio	23	11 (34,3)	12 (44,4)	0,90	0,49 - 1,67	0,758
≥ Superior completo	17	11 (34,3)	6 (22,2)	1,22	0,70 - 2,14	0,468
Tempo de diagnóstico						
Mais que 4 anos	27	15 (46,8)	12 (44,4)			
Menos que 4 anos	32	17 (53,1)	15 (55,5)	0,95	0,59 - 1,53	0,471
Situação ocupacional						
Trabalha	47	28 (90,3)	19 (82,6)			
Não trabalha	7	3 (9,6)	4 (17,3)	0,71	0,29 - 1,76	0,853
Cor da pele						
Branca	46	24 (75,0)	22 (81,4)			
Não branca	13	8 (25,0)	5 (18,5)	1,26	0,79 - 2,01	0,326
Tipo de assistência						
Privada	28	17 (53,1)	11 (40,7)			
Pública	31	15 (46,8)	16 (59,2)	0,79	0,49 - 1,28	0,348
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS						
Comorbidades[□]						
Sim	37	19 (59,3)	18 (66,6)			
Não	22	13 (40,6)	9 (33,3)	1,15	0,71 - 1,84	0,560
Cirurgia						
Setorectomia	57	21 (65,6)	20 (74,0)			
Mastectomia	2	11 (34,3)	7 (25,9)	1,19	0,73 - 1,92	0,469
IMC						
Eutrofia	21	14 (46,6)	7 (25,9)			
Sobrepeso	36	16 (53,3)	20 (74,0)	0,66	0,41 - 1,07	0,097
Estadiamento						
0 e I	24	13 (40,6)	11 (40,7)			
II	25	15 (46,8)	10 (37,0)	1,10	0,67 - 1,81	0,684
III	10	4 (12,5)	6 (22,2)	0,73	0,31 - 1,72	0,485
Hormonioterapia						
Sim	48	26 (81,2)	22 (84,6)			
Não	10	6 (18,7)	4 (15,3)	1,10	0,62 - 1,96	0,727

□ Registro no prontuário de comorbidades, como hipertensão, diabetes, dislipidemia, depressão, dentre outros.

Os resultados da análise multivariada são resumidos na Tabela 4 e sugerem que a situação conjugal é um fator importante associado à função sexual em mulheres com câncer de mama. Entre aquelas sem companheiro ($p = 0,042$), observou-se uma pior função sexual. No entanto, o grau de instrução mostrou tendência a associação estatisticamente significativa com

a função sexual ($p = 0,053$), pois mulheres com maior escolaridade apresentaram tendência de melhoria na função sexual em comparação com aquelas com menos de 8 anos de estudo.

Tabela 4. Modelo final de regressão de Poisson, com razões de prevalência bruta e ajustada, intervalos de confiança de 95% e valores p, entre as variáveis selecionadas e função sexual para o câncer de mama em mulheres atendidas em um Centro de Referência Oncológica.

Variáveis	FUNÇÃO SEXUAL-BR23					
	RP bruta	(IC 95%)	p-valor	RP ajustada	(IC 95%)	p-valor
Situação conjugal						
Com companheiro						
Sem companheiro	0,33	0,19 - 0,56	0,031	0,37	0,14 - 0,96	0,042
Grau de instrução						
≤ Fundamental completo						
≤ Ensino médio	1,90	1,19 - 3,04	0,050	2,39	0,80 - 7,13	0,118
≥ Superior completo	1,41	0,83 - 2,04	0,198	2,90	0,98 - 8,54	0,053

* Análise realizada sem estratificação por blocos.

DISCUSSÃO

O câncer de mama é considerado uma doença rara nas mulheres jovens, com aumento da incidência correlacionado à idade, sendo que a maioria dos casos ocorre a partir dos 50 anos⁽¹²⁾. A maioria das mulheres deste estudo (70,3%) estava acima de 50 anos, faixa etária de maior prevalência do câncer de mama.

Outra característica sociodemográfica de destaque na amostra deste trabalho é a escolaridade. Notavelmente, apresentamos uma amostra em que 29,7% das mulheres têm ensino superior, percentual superior à média da população brasileira. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas cerca de 16,5% da população brasileira com idade entre 25 e 64 anos têm ensino superior completo⁽¹³⁾.

No que diz respeito aos padrões de vida, é relevante destacar que 64,8% das mulheres pesquisadas apresentaram sobrepeso. Conforme afirmado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC), a obesidade e o excesso de peso representam fatores de risco para o surgimento do câncer de mama. Isso enfatiza a necessidade de medidas preventivas para o câncer de mama, incluindo modificações dos hábitos alimentares⁽¹⁴⁾.

Identificamos escores baixos nos domínios relacionados à sexualidade, enquanto observamos uma pontuação elevada no âmbito da imagem corporal nas escalas do EORTC-BR23. Resultados semelhantes foram constatados por Moraes e colaboradores em um estudo realizado em Goiás, envolvendo 77 mulheres que haviam completado o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico do câncer de mama⁽¹⁵⁾. Similarmente, um estudo conduzido

em Curitiba, com 48 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, também evidenciou uma redução na função sexual dentro desse grupo⁽¹⁶⁾.

A presença de escores reduzidos no âmbito da função sexual pode ser atribuída, em parte, à complexidade e à sensibilidade da questão para algumas mulheres. Muitas vezes, esse tema é difícil de ser discutido e carrega estigmas sociais e culturais, corroborados também pelo estudo conduzido por Garcia et al. (2017)⁽¹⁷⁾.

Outro aspecto de significativa relevância ao abordar a sexualidade em nossa amostra é a faixa etária predominante das mulheres. A maioria das mulheres diagnosticadas com câncer de mama se encontra após a menopausa, e o estado menopausal emerge como uma variável crucial para a discussão da sexualidade, uma vez que, nesse estágio da vida, muitas mulheres já experimentam uma redução da expressão sexual⁽¹⁸⁾.

Em relação às pontuações elevadas nos domínios de imagem corporal, é possível estabelecer conexões com diversos fatores, incluindo o tipo de procedimento cirúrgico. Vale mencionar que a maioria das mulheres em nosso estudo (64,4%) passou pela setorectomia. As mudanças na percepção da imagem corporal surgem como resultado de alterações visíveis ocorridas externamente, particularmente ligadas à retirada do tecido mamário e à presença subsequente de cicatrizes, bem como à perda de sensibilidade na mama, mamilos e pele. Essas transformações são mais visíveis e impactantes em mulheres que passaram por mastectomia⁽¹⁹⁾.

Um estudo conduzido em Mato Grosso, que também utilizou o questionário EORTC-BR23, examinou 17 voluntárias, todas submetidas a mastectomias radicais. Nessa pesquisa, as pontuações relacionadas à imagem corporal foram notavelmente baixas, sendo que as participantes associaram o procedimento cirúrgico como um fator determinante para a manifestação de problemas na autoimagem, frequentemente acompanhados por distúrbios na sexualidade⁽²⁰⁾.

Os resultados deste trabalho destacam a importância de considerar o estado conjugal, a faixa etária e o nível educacional ao analisar a função sexual das mulheres com câncer de mama. A ausência de um companheiro afetou negativamente a função sexual em mulheres mais velhas, enquanto um nível mais elevado de educação mostrou uma associação positiva com a função sexual, principalmente entre as mulheres mais jovens. Isso pode estar relacionado às alterações hormonais naturais decorrentes do envelhecimento, que podem resultar em sintomas que levam à diminuição da função sexual em mulheres mais velhas⁽²¹⁾.

Os resultados indicam que a situação conjugal é um fator importante associado à função sexual nessas mulheres. Foi observado que aquelas sem companheiro apresentaram pior função

sexual em comparação com aquelas que têm companheiro, e essa associação foi estatisticamente significativa ($p = 0,042$). Esses achados sugerem que o apoio emocional e a presença de um parceiro podem desempenhar um papel relevante na função sexual durante o tratamento do câncer de mama⁽²²⁾.

Em relação ao grau de instrução, embora a associação não tenha atingido significância estatística ($p = 0,053$), verificou-se uma tendência, indicando que mulheres com maior escolaridade tiveram melhoria na função sexual em comparação com aquelas com menos de 8 anos de estudo. Isso sugere que a educação pode desempenhar um papel positivo na qualidade da função sexual em mulheres com câncer de mama, embora mais estudos sejam necessários para confirmar essa relação. Mulheres com pelo menos 8 anos de educação formal apresentaram escores mais altos na escala de função sexual do QLQ-BR23. Tais resultados são condizentes com os de um estudo conduzido na Polônia, em que dentre 350 mulheres diagnosticadas com câncer de mama aquelas com maior nível de escolaridade também apresentavam níveis mais elevados de qualidade de vida⁽²³⁾.

O câncer de mama assume relevância inegável, dado o considerável impacto que exerce sobre diversos aspectos da qualidade de vida. Diante disso, torna-se crucial adotar medidas voltadas ao diagnóstico precoce, elaborar abordagens terapêuticas mais aprimoradas e implementar intervenções de suporte direcionadas à redução dos sintomas da doença e à melhoria do bem-estar global das mulheres afetadas. Tais ações desempenham um papel indispensável na oferta de uma abordagem abrangente e eficaz no manejo da condição.

Este estudo tem uma limitação relacionada à metodologia de aplicação do questionário empregado, o EORTC-BR23. Esse questionário é validado para uso no Brasil e é específico para mulheres com câncer de mama. Contudo, nos domínios que abordam a satisfação sexual, o questionário abrange somente as últimas quatro semanas, o que deu origem a algumas respostas em branco, em virtude de algumas mulheres não terem mantido relações sexuais nesse período.

CONCLUSÃO

Os resultados constituem um chamado à reflexão sobre a necessidade de políticas públicas que incorporem estratégias voltadas à consideração da imagem corporal e da sexualidade, sendo a sexualidade a área de maior impacto. Essas são questões frequentemente negligenciadas durante o tratamento do câncer de mama e exigem uma abordagem mais enfática por parte dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado dessas pacientes.

Esses resultados ressaltam a importância de considerar fatores psicossociais, como a situação conjugal, e fatores educacionais ao avaliar a função sexual em mulheres com câncer de mama. Uma abordagem que leve em consideração tanto os aspectos médicos quanto os aspectos emocionais e sociais pode ser fundamental para melhorar a qualidade de vida sexual dessas mulheres.

Este estudo também reforça a importância de uma equipe multidisciplinar no atendimento na atenção primária, com orientações para os pacientes sobre medidas de prevenção do câncer de mama, por meio das mudanças de fatores de risco modificáveis.

A discussão sobre sexualidade durante o tratamento do câncer ainda permanece tabu para algumas mulheres. É um tópico que raramente recebe atenção durante o atendimento a essas pacientes e que se modifica ao longo do tratamento. Por essa razão, a capacitação dos profissionais de saúde para abordar esse assunto em consultas é de suma importância. Além disso, podem ser criados grupos de apoio que ofereçam intervenções voltadas para a valorização do cuidado com o corpo dessas mulheres.

Além disso, é imperativo que os profissionais de saúde estejam capacitados a abordar a temática da sexualidade com mulheres em tratamento para o câncer de mama. Isso é particularmente crucial à luz do aumento da sobrevida associada a essa doença, como destacado na introdução do trabalho, e da elevada prevalência dessa condição. Muitas mulheres, após o diagnóstico, vivem por um extenso período como sobreviventes do câncer de mama. Para assegurar que essas mulheres mantenham sua qualidade de vida nessa jornada, é essencial reforçar uma abordagem de cuidado integral durante o tratamento. Além disso, é fundamental que essas pacientes compreendam que podem continuar a desfrutar de atividades sexuais durante e após o diagnóstico, respeitando suas necessidades e desejos individuais.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Estimativa 2023-2025: Incidência de Câncer no Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>. Acesso em: 13 ago. 2023.
2. SUNG, Hyuna et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.
3. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estadiamento. Rio de Janeiro: INCA 2021. Disponível em: < Estadiamento | INCA - Instituto Nacional de Câncer.
4. GUERRA MR, et al. Inequalities in the burden of female breast cancer in Brazil, 1990–2017. *Population health metrics*. 2020;18(1):1-13.

5. NOGUEIRA MC, et al. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34.
6. ALLEMANI C, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet*. 2018;391(10125):1023-1075.
7. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
8. Ambrosio DCM, Santos, MA. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. *Psic Teor Pesq*. [Internet]. 2011 [citado em 24 fev 2020]; 27(4):475-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/11.pdf>.
9. DENIG LA, et al. Impact of belly dance on sexual function and body image of patients undergoing hormone therapy for breast cancer: a randomized clinical trial. *Fisioterapia em Movimento*. 2022;35
10. MIAJA, Melina; PLATAS, Alejandra; MARTINEZ-CANNON, Bertha Alejandra. Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. *Revista de investigacion clinica*, v. 69, n. 4, p. 204-209, 2017.
11. CAMPBELL-ENNS, Heather; WOODGATE, Roberta. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JB I Evidence Synthesis*, v. 13, n. 1, p. 112-121, 2015.
12. GUEDES, T. R. S. et al. Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment. *Asian Pac J Cancer Prev.*, v. 19, n. 6, p. 1487-1493, 2018.
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA; 2019
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. IBGE; 2021. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=25875>.
15. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER et al. IARC Monographs of Carcinogenic Risks to Humans and Handbooks of Cancer Prevention. 2016.
16. Morais FD, Freitas-Junior R, Rahal RMS, Gonzaga CMR. Sociodemographic and clinical factors affecting body image, sexual function and sexual satisfaction in women with breast cancer. *J Clin Nurs*. 2016;25(11-12):1557-1565.
17. Garcia SN, et al. Quality of life of women with breast cancer receiving chemotherapeutic treatment. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(2):e17489.
18. Peres MMG, Sakamoto LC, da Silva GMD. Conceitos atuais do tratamento hormonal em mulheres na pós-menopausa com transtorno do desejo sexual hipotativo. *Braz J Dev*. 2023;9(6):19218-19238
19. HUNGR, Clara; SANCHEZ-VARELA, Veronica; BOBER, Sharon L. Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de investigacion clinica*, v. 69, n. 2, p. 114-122, 2017
20. MIRANDA, Thiago Rosendo Santos et al. Avaliação da sexualidade, qualidade de vida e capacidade funcional em mulheres sobreviventes do câncer de mama. *Multitemas*, p. 87-106, 2022.

21. MAYER, S. et al. Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2018. doi:10.1007/s00404-018-4922-2
22. Santos CBO, Siviero IMPS, Pietrafesa GAB. A SEXUALIDADE DA MULHER ACOMETIDA COM O CÂNCER DE MAMA. Rev Interdiscip Cienc Saúde Biol. 2020;4(2):15-25.
23. Konieczny M, et al. Quality of Life of Women with Breast Cancer and Socio Demographic Factors. Asian Pac J Cancer Prev. 2021;21(1):185-193.